CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE N. 30 F Seduta n. 44 del 30 GIU. 2022

Presiede il Presidente Marco Votta

Consiglieri
Alberto Bertagna
Roberto Comazzi
Maria Rosaria Iardino
Paola Panzeri
Gianluca Rossi
Roberto Satolli

Con l'assistenza del Segretario: Edy Di Legge

Su proposta : Direttore Generale Carlo Nicora

Oggetto: Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Il Direttore Scientifico
Giovanni Apolone

Il Direttore Amministrativo
Vincenzo Petronella

Il Direttore Sanitario
Antonio Triarico

Visto per la verifica contabile
Il Direttore s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e LP – dott. Antonino Inveninato

L'atto si compone di n. 125 pagine, di cui n. 121 pagine di allegati, parte integrante

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

premesso che,

- l'art. 6 del DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, 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" introduce, al comma 1, il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO) quale "misura di semplificazione rivolta alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative";
- tale Piano, secondo la relazione illustrativa al disegno di legge di conversione, ha lo scopo di "*assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (ad esempio, il piano triennale dei fabbisogni, il piano della performance, il piano di prevenzione della corruzione ed il piano organizzativo del lavoro agile), racchiudendoli in un unico atto*";
- i contenuti del PIAO sono precisati dal comma 2 dell'art. 6 del DL n. 80/2021, il quale prevede, all'art. 6, che:
  - entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al presente articolo;
  - entro il medesimo termine, con decreto ministeriale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, è adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle pubbliche amministrazioni;

preso atto che:

- con Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all'art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – trienno 2022-2024;
- la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi, con nota prot. 665 del 25 febbraio 2022, ha inviato alla Conferenza Unificata, ai fini dell'acquisizione dell'intesa, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "*Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-Legge 9*

giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113";

- con parere del Consiglio di Stato n. 506 del 2 marzo 2022, nel riconoscere la rilevanza della scelta espressa con l'art. 6, D.L. n. 80 del 2021, ha espresso parere favorevole sullo schema di sopra citato, condizionandolo a correttivi e a integrazioni che consentano di superare le criticità insite nelle modalità in cui ci si propone di creare le condizioni normative perché il PIAO operi come strumento di effettiva semplificazione dell'azione e dell'organizzazione amministrativa;
- con D.L. 30 aprile 2022, n.36, (c.d. PNRR-2), il legislatore ha disposto una nuova proroga per l'adozione del P.I.A.O., ex art. 6-bis, D.L. n. 80/2021, al 30 giugno 2022;

richiamata la Determinazione del Direttore Generale n. 225DG del 29 aprile 2022 "determinazioni in merito all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)";

ritenuto opportuno dotarsi del PIAO, in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività dell'Istituto e indispensabile per l'organizzazione e la realizzazione in tempi congrui delle sue attività previste;

verificato che il presente provvedimento non comporta oneri per la Fondazione;

considerato che nulla osta alla pubblicazione del presente provvedimento in versione integrale all'Albo Pretorio della Fondazione, per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17, c. 6, della L.R. n. 33/2009;

acquisiti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Scientifico della Fondazione;

a voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) – triennio 2022-2024, nel testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, formale e sostanziale (AL01, AL02, AL03);
2. che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti, né impegni finanziari futuri a carico della Fondazione;

3. di dare, inoltre, atto che, ai sensi della Legge n. 241/90 e s.m.i., l'esecuzione del presente provvedimento è affidata alla Segreteria della Direzione Strategica, per gli adempimenti conseguenti.
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio della Fondazione, per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17, c. 6 della L.R. n. 33/2009.

IL PRESIDENTE
Marco Votta

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 306 DEL 30 GIU. 2022
COMPOSTO DI N. 121 PAGINE

30/06/2022

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2022-2024

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI

Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori
via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

Sommario

1. INTRODUZIONE AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2
1.1 Contesto normativo 2
1.1.1 Normativa nazionale di riferimento 2
1.1.2 La riforma del servizio sanitario regionale 2
1.2 Obiettivi del PIAO 3
2. LA FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI 5
2.1. La Mission e la Vision 7
2.2 La Fondazione in cifre 9
2.3 Il Modello Gestionale 11
3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 15
3.1 Valore pubblico 15
3.2 Performance 19
3.3 Anticorruzione e Trasparenza 20
3.3.1 Prevenzione e contrasto del rischio corruttivo 21
3.3.2 Soggetti e ruoli 23
3.3.3 Obiettivi strategici 2022 27
3.3.4 Misure generali di prevenzione 28
3.3.5 Codice di comportamento 29
3.3.6 Formazione mirata a prevenire il rischio corruttivo 29
3.3.7 Trasparenza: attività 2021 e programmi 2022 30
4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 34
4.1 Il modello organizzativo 34
4.2 Organigramma 35
4.2.1 La Direzione Strategica 35
4.2.2 I Dipartimenti 36
4.2.3 Le Unità Organizzative 38
4.3 I livelli di responsabilità 42
4.4 Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 43
4.4.1 La formazione e lo sviluppo delle competenze 45
4.5 Piano delle azioni positive 48
4.6 L'organizzazione del lavoro agile 50
5. MONITORAGGIO 53

1. INTRODUZIONE AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

1.1 Contesto normativo

1.1.1 Normativa nazionale di riferimento

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs 150/2009 e successive modifiche, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs 190/2012 e successive modifiche, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato";
- D.Lgs 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd "decreto Rilancio") convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, 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;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione.

1.1.2 La riforma del servizio sanitario regionale

La Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021, modificando il Titolo I e il Titolo VII della L.R. n. 3/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ha confermato i principi ispiratori del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL) e ne ha introdotti di nuovi:

- l'equivalenza e l'integrazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato;
- il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito sociale;
- la promozione della medicina di genere;
- il potenziamento e sviluppo della sanità digitale e della medicina preventiva;
- la collaborazione del SSR con il sistema produttivo (welfare aziendale, medicina del lavoro, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici);
- la promozione di una rete regionale di ricerca (biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita) coordinata da un IRCCS di diritto pubblico.

Tale revisione legislativa ha dato particolare rilievo al modello One Health, una visione olistica basata sul riconoscimento dell'indissolubile legame tra la salute umana, la salute animale e la salute dell'ambiente. One Health è un approccio ideale per affrontare le sfide future e per raggiungere la salute globale, perché imposta le strategie di cura e assistenza sull'intima relazione tra la popolazione e l'intero ecosistema.

La nuova legge regionale rafforza le funzioni di programmazione strategica, indirizzo e controllo della Regione, che espleta il proprio SSL articolando la propria organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche in Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Fondazioni IRCCS).

1.2 Obiettivi del PIAO

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (**PIAO**), un documento unico di **programmazione e governance** che, in attuazione degli obiettivi fissati dal **PNRR**, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce gli strumenti e le fasi "*per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione*", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012,

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

a) il **Piano della Performance**, adottato con Delibera n. 25F del 25/05/2022, è un documento di programmazione triennale introdotto e disciplinato dal D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, dalle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) "*Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde*". Il Piano ha lo scopo di definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** (**PTPCT**), adottato con Delibera n. 1F del 27/01/2022, è il documento di natura "programmatoria" con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il rischio. È finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;

c) **il documento di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)**, che stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, 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;

d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale** (**PTFP**) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di

reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione, a tal fine, dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

e) il **Piano della Formazione**, che individua, nell'ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale e gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;

f) Il **Piano Triennale delle Azioni Positive** (PTAP), che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246". Ha lo scopo di individuare misure specifiche per eliminare in un determinato contesto le forme di discriminazione eventualmente rilevate che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Il PIAO definisce anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

2. LA FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori (INT) è Ente di diritto pubblico, di rilevanza nazionale dotato di personalità giuridica, avente piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Fondazione non ha scopo di lucro e ha durata illimitata.

Dalla sua istituzione nel 1928 ad oggi, l'INT è stato protagonista di grandi traguardi clinici e sanitari, e continua a essere punto di riferimento nella ricerca oncologica. Si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza e l'inscindibilità e reciprocità tra la clinica e la ricerca costituisce un plusvalore che rende la Fondazione un *Comprehensive Cancer Center.*

L'identità della Fondazione è disciplinata dalle disposizioni dello Statuto, dall'articolo 42 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dal D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 s.m.i., nonché dalle eventuale Legge di riforma in atto per gli IRCCS italiani.

La sede legale è a Milano, in Via Giacomo Venezian 1 (sito internet www.istitutotumori.mi.it), codice fiscale 80018230153, partita IVA 04376350155.

La Fondazione INT è rappresentata dal seguente **logo** che identifica l'intero Istituto:

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI
Sistema Socio Sanitario
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Regione Lombardia
via Venezian, 1 20133 Milano

Le strutture della Fondazione

La Fondazione dispone, per i propri fini istituzionali, dei seguenti immobili costituenti il *patrimonio immobiliare indisponibile*:

- **Istituto Nazionale Tumori** – Via Venezian 1, 20133 Milano in proprietà: è la sede principale dell'Istituto Nazionale dei Tumori, un monoblocco di 14 piani (di cui 2 interrati) su circa 86.000 mq, ospita tutti i reparti della clinica, i dipartimenti di ricerca, gli uffici amministrativi e l'area didattica.

- **Amadeo Lab** - Via Amadeo 42, 20133 Milano in proprietà: edificio di 7 piani (di cui due interrati) su circa 13.689 mq, ospita in gran parte il Dipartimento di Ricerca applicata e sviluppo tecnologico, alcuni laboratori di ricerca, una sala crioconservazione e la banca dei tessuti dell'Istituto.

- **Campus Cascina Rosa** - Via Vanzetti 5, 20133 Milano in proprietà: edificio che ospita parte del Dipartimento di ricerca (area epidemiologica, di prevenzione e di sanità pubblica) su circa 9.932 mq è sede di numerose iniziative di formazione aperte al pubblico su prevenzione primaria, per sensibilizzare i cittadini sani e malati sull'importanza dell'adozione di comportamenti in grado di evitare o ridurre il rischio di insorgenza di un tumore. Nel campus vengono organizzati corsi di cucina, e i prodotti utilizzati provengono direttamente dall'orto sinergico creato in Cascina rosa.

La Fondazione dispone, inoltre, per le attività della sede del **Corso di Laurea in Infermieristica** - Via Ponzio 46, 20133 Milano in locazione con relativi uffici amministrativi e aule didattiche su circa 750 mq, nonché di

fabbricati e terreni, distribuiti sul territorio nazionale, che costituiscono il ***patrimonio immobiliare disponibile***, ovvero non utilizzato per fini istituzionali, interamente o parzialmente di proprietà della Fondazione a seguito di donazioni o lasciti testamentari.

Le attività svolte dalla Fondazione per il raggiungimento del suo scopo si concretizzano principalmente in:

- stipula di accordi e convenzioni, in generale, per attuare misure di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria e per trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale;
- stipula accordi e convenzioni con Università e IRCCS per progetti di ricerca comuni, protocolli di assistenza, per le terapie più avanzate con la circolazione delle conoscenze e del personale.
- costituzione o partecipazione a organizzazioni pubbliche e private per espletare attività rivolte al perseguimento di scopi compatibili con quelli della Fondazione;
- svolge attività assistenziale con la compresenza dell'attività di ricerca e tenendo in considerazione l'eccellenza delle sue prestazioni;
- amministra, gestisce e valorizza i beni del proprio patrimonio preservandoli e valorizzandoli;
- conferisce, per le proprie attività e in particolare quelle di eccellenza, incarichi a professionisti di particolare e comprovata qualificazione anche in ambito internazionale;
- acquisisce da parte dello Stato, della Regione e di altri soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- svolge ogni altra attività idonea al perseguimento delle finalità istituzionali.

La Fondazione programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, secondo il procedimento per il finanziamento della stessa di cui al D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213 e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Il patrimonio dell'INT è costituito da beni indisponibili e da patrimonio disponibile, da altre utilità, trasferiti e/o conferiti alla Fondazione all'atto della sua costituzione o anche successivamente, in base alla normativa vigente, dai Fondatori, dai Partecipanti e da altri soggetti pubblici e privati, dai contributi attribuiti dallo Stato e da altri Enti pubblici, anche territoriali, dagli utili prodotti dall'attività svolta dagli Enti e Società costituiti e controllati dalla Fondazione, nonché dai corrispettivi derivanti dallo svolgimento di proprie attività.

L'Istituto dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili, utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

La Fondazione riconosce la valenza strategica del patrimonio, quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in tale prospettiva, si riserva di ricorrere a tutte le forme possibili di finanziamento, incluse quelle innovative, ed ai processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali.

La Fondazione trae **i mezzi finanziari** per il proprio funzionamento dal patrimonio e dalle risorse in disponibilità della medesima. In particolare da:

a) beni del patrimonio di costituzione e/o da quelli conferiti anche successivamente, e, laddove, previsto dal patrimonio indisponibile;
b) contributi attribuiti alla Fondazione dallo Stato e da altri Enti pubblici e dai contributi assegnati per l'esecuzione di progetti di ricerca corrente e finalizzata;

c) ricavi delle prestazioni di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e di altre prestazioni sanitarie, nonché dai ticket e dai ricavi spettanti per l'attività di libera professione intra-muraria;
d) proventi delle sperimentazioni cliniche e proventi e rimborsi di altra natura.

Completano i mezzi finanziari in dotazione alla Fondazione le risorse finanziarie da destinare al Piano degli Investimenti, come:

e) i contributi per investimenti assegnati da Regione Lombardia e dal Ministero della Salute;
f) i contributi a destinazione vincolata, ovvero finalizzati, assegnati da altri soggetti pubblici o privati;
g) i proventi derivanti dalle alienazioni del patrimonio mobiliare e immobiliare.

Altri mezzi finanziari, infine, sono gli utili prodotti dall'attività svolta dagli Enti e Società costituiti e/o controllati e/o partecipati dalla Fondazione, i redditi da patrimonio della Fondazione e le donazioni in denaro non vincolate dal soggetto benefattore potranno essere destinati allo sviluppo e mantenimento del patrimonio della Fondazione ovvero alle attività di ricerca, ovvero a specifiche progettualità legate dell'assistenza.

Tutti **i membri della Fondazione** si impegnano a mettere a disposizione della stessa le conoscenze, le esperienze e le capacità professionali, le attività e i mezzi necessari per il miglior perseguimento degli scopi, secondo le indicazioni contenute nei programmi di attività adottati dal Consiglio di Amministrazione e nelle forme e con le modalità di volta in volta ritenute più idonee. Essi si impegnano altresì a non svolgere in proprio attività che possano confliggere con gli interessi e le attività della Fondazione.

I membri della Fondazione, disciplinati dallo Statuto, si distinguono in:

- **Fondatori**: il Ministero competente in materia di Sanità, la Regione Lombardia, il Comune di Milano e i soggetti rappresentativi degli interessi originari e in goni caso tutti quelli previsti da eventuali modifiche statutarie.
- **Partecipanti:** enti pubblici, ivi compresi gli enti pubblici territoriali, e soggetti privati che, condividendo le finalità della Fondazione, si impegnano a contribuire alla vita della medesima ed alla realizzazione dei suoi scopi con apporti patrimoniali o patrimonialmente valutabili, anche di particolare valore ideale o rilevanza sociale, senza conflitto di interesse con la Fondazione medesima.

2.1. La Mission e la Vision

LA MISSION dell'INT, il cui *core* è costituito dall'attività di ricerca traslazionale, è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un'ottica di presa in carico globale e personalizzata.

La Fondazione IRCCS di diritto pubblico si pone gli obiettivi di:

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

L'INT è membro della **Unione Internazionale Contro il Cancro** (UICC); di **Alleanza Contro il Cancro** (ACC) e della **Organizzazione Europea degli Istituti del Cancro** (OECI).

Dal laboratorio al letto del paziente e ritorno: in Istituto si conduce una ricerca traslazionale che segue i due percorsi *«From bench to bedside» e* ritorno, unendo i dati della pratica clinica con le evidenze riscontrate in

laboratorio. Dalla valutazione sistematica dell'effetto delle cure al di fuori dei trial clinici, la *«real world evidence»*, ricaviamo segnali da riportare in clinica e in laboratorio.

Attraverso gli studi clinici, l'accesso ai farmaci innovativi: l'INT è coordinatore italiano di numerose sperimentazioni cliniche nazionali e internazionali, sponsorizzate dall'industria o promosse da enti pubblici, da qualche tempo anche con studi di fase precoce.

Un approccio personalizzato: una definizione moderna di medicina di precisione include la personalizzazione della terapia farmacologica, ma anche di ogni aspetto della medicina. Siamo in grado di offrire al paziente percorsi di screening, diagnosi differenziale, terapia farmacologica e non (anche radioterapica chirurgica) e programmi di sorveglianza, personalizzati e mirati al profilo e al rischio individualizzato. L'istituto è molto attivo nella prevenzione secondaria, nell'identificazione di profili prognostico-predittivi e nell'ottimizzazione dell'uso dei nuovi farmaci immunologici.

La formazione e la didattica in oncologia: l'Istituto si occupa anche di formazione e training di personale, con attività didattiche formalizzate attraverso convenzioni con gli atenei, ospitando 139 specializzandi universitari.

LA VISION è, invece, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese, con orientamento del sistema stesso al miglioramento continuo della qualità e operando per garantire al paziente una linea prestazionale, sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l'accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane, mediante una disponibilità d'offerta che copra l'intero arco della giornata e sviluppata su tutta la settimana.

Rispetto ai modelli e alle strategie precedenti, pur seguendone il percorso in una logica di continuità, la Fondazione intende sviluppare -nelle tre macro-aree che ne caratterizzano l'articolazione- la seguente vision, che costituisce il presupposto concettuale e metodologico delle modifiche organizzative illustrate nella presente relazione:

1) ***Consolidare il ruolo della Fondazione*** all'interno della rete dei *cancer center* nazionali ed europei, con ruolo di *hub* per le patologie neoplastiche che non possono essere trattate altrove o per le quali è opportuna una conferma diagnostico-terapeutica e di *spoke* per le cure e/o gli accertamenti complementari al trattamento oncologico del paziente.
2) ***Favorire l'orientamento allo sviluppo.*** Occorre creare i presupposti culturali, scientifici e multiprofessionali per la definizione, nelle principali aree di patologia, dello scenario previsto e prevedibile nei prossimi anni, in modo da consentire di orientare gli sviluppi, gli investimenti tecnologici, le competenze, le integrazioni, le innovazioni e le migliorie strutturali ed ambientali sulla scorta dell'evoluzione prevista nel settore specifico.
3) ***Sviluppare sempre maggiori sinergie tra la ricerca e le sue applicazioni cliniche,*** in accordo con La mission di IRCCS della Fondazione, come testimoniato in tutti gli ambiti rilevanti dalla presenza di strutture e programmi scientifici, che vanno dalla ricerca di base e biologica a quella clinica e sanitaria.
4) ***Incrementare l'approccio multidisciplinare nella diagnosi e nella cura.*** È necessario identificare, nell'approccio multidisciplinare e nella ricomposizione dell'offerta dei servizi diagnostici e complementari, il modello di diagnosi e cura della Fondazione e svilupparlo nelle principali linee di patologia.
5) ***Promuovere l'innovazione nelle tecniche chirurgiche e mediche.*** La Fondazione deve partecipare all'evoluzione delle tecniche chirurgiche e sperimentare tecniche innovative per il trattamento invasivo delle neoplasie.

6) ***Creare più ospedale attorno al paziente***, cioè maggiori competenze specialistiche attorno e a supporto del trattamento del paziente oncologico.
7) ***Sperimentare nuovi modelli organizzativi,*** con inserimento di nuove figure professionali di supporto alla revisione dei processi e alla riorganizzazione dei percorsi.
8) ***Lavorare nell'ottica del paperless e della semplificazione dell'accesso alle cure da parte del paziente***: l'evoluzione del Sistema Informativo Aziendale avvenuta negli ultimi anni con l'introduzione dei vari sistemi informativi dipartimentali (RIS-PACS, LIS, Anatomia Patologica, ecc.), delle componenti centrali (Anagrafica Aziendale, EPR, ecc.) e del front-office (CUP, ADT) rende improrogabile l'introduzione di un sistema di Cartella Clinica Elettronica in grado di supportare l'attività clinica di ricovero ed ambulatoriale da un lato e la dematerializzazione della cartella clinica cartacea dall'altro (paperless).
9) ***Implementare la collaborazione con l'Università degli studi di Milano:*** la Fondazione è struttura aggregata che integra il Polo Universitario Centrale dell'Università degli Studi di Milano quale ente di riferimento per l'oncologia, come da DGR n. X/1563/2014.
10) ***Sviluppare nuove linee di attività e di offerta di servizi per la cura del cancro:*** un Istituto che si occupa di neoplasie non può non considerare gli sviluppi e le potenziali nuove attività, stante altresì il costante progresso di nuove opzioni terapeutiche e chirurgiche.
11) ***Migliorare la comunicazione:*** la Fondazione ottempera, nello svolgimento delle attività di informazione e comunicazione, alla normativa di cui alla Legge n. 150/2000, attraverso l'informazione ai mezzi di comunicazione di massa (stampa, audiovisivi e strumenti telematici), la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alle collettività e ad altri enti (con ogni modalità tecnica ed organizzativa) e la comunicazione a rilevanza interna.
12) ***Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita:*** occorre avere cura delle risorse che acquisiscono competenze all'interno della Fondazione, coinvolgendole altresì nei processi organizzativi.

2.2 La Fondazione in cifre

L'identità della Fondazione IRCCS Istituto Nazione dei Tumori è caratterizzata anche dalle informazioni e dai dati che esprimono **la dimensione aziendale**.

Di seguito, al solo fine di delineare la dimensione produttiva del polo ospedaliero, sono indicati il trend dei dati di produzione sia dei **ricoveri** sia delle **prestazioni ambulatoriali** dell'ultimo triennio:

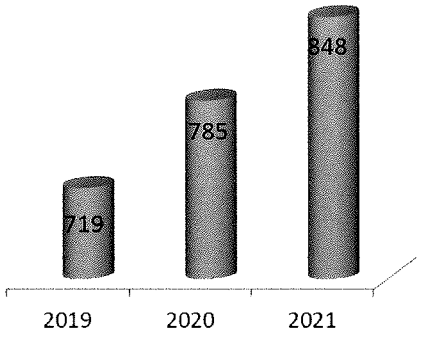
NUMERO RICOVERI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	**2019**	**2020**	**2021**
Ricoveri DO	11.649	10.528	11.092
Ricoveri DH	4.558	3.051	3.838
Totale complessivo	**16.207**	**13.579**	**14.930**

NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	**2019**	**2020**	**2021**
Visite	161.692	131.862	138.696
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	85.022	75.886	78.901
Prestazioni di Laboratorio	806.611	760.410	812.609
Prestazioni di Radioterapia	25.929	22.984	19.703
Visite multidisciplinari e consulenze	4.526	5.195	5.244
Altre prestazioni	189.549	145.495	162.116
Totale complessivo	**1.273.329**	**1.141.832**	**1.217.269**

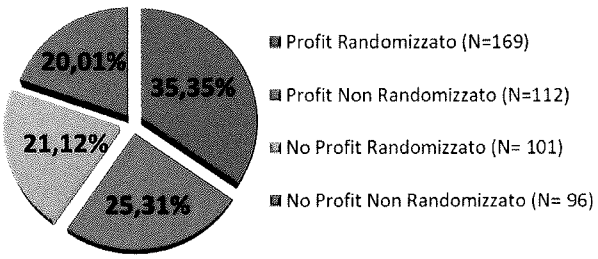
Una componente importante dell'attività produttiva dell'INT, oltre alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, è rappresentata dagli **studi clinici**: INT ha, infatti, una lunga tradizione di studi clinici e fin dal 1973 è stato istituito il Comitato Etico (CE) deputato alla valutazione ed approvazione dei protocolli sperimentali proposti dai ricercatori, sia con sponsor esterno sia di tipo accademico. I progetti vengono in prima istanza sottoposti al IRB (Internal Review Board) – che ne valuta la rilevanza scientifica in sintonia con gli obiettivi di ricerca istituzionali.

Il grafico di seguito riportato indica il progressivo aumento degli studi clinici attivi, cioè con almeno un paziente arruolato, nel triennio 2019-2021. A destra il grafico mostra la tipologia degli studi sperimentali, ossia non osservazionali, attivi nel 2021, evidenziando che il 56 % degli studi è randomizzato, cioè qualitativamente superiore.

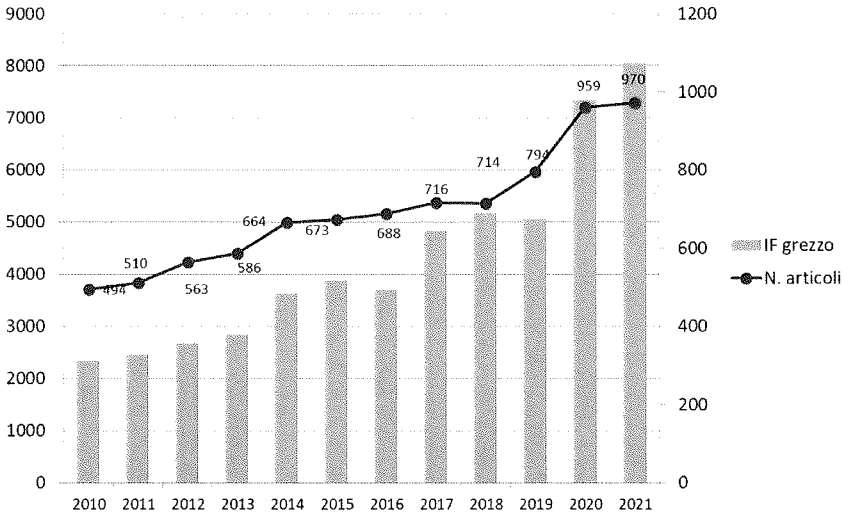
Studi clinici attivi nel triennio 2019 - 2021



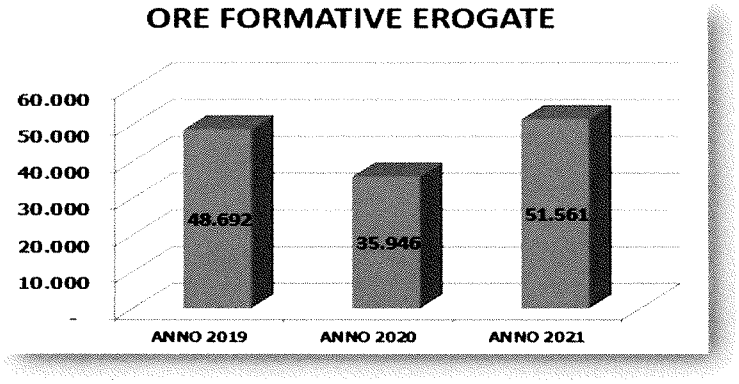
Studi Sperimentali Attivi nel 2021



Il grafico illustra chiaramente la costante stabilità del numero e della qualità delle **pubblicazioni scientifiche** dei ricercatori INT.



Attraverso lo sviluppo continuo delle competenze INT intende promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, mettere a disposizione della comunità scientifica i risultati raggiunti, favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana. Questa finalità è perseguita attraverso **il piano di formazione aziendale** (PFA), caratterizzato da un costante monitoraggio delle esigenze formative in relazione alla qualità e sicurezza delle cure e dei servizi e alla promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica, che si traduce in eventi formativi programmati in INT e partecipazione ad eventi extrasede.



2.3 Il Modello Gestionale

La gestione dell'INT si baserà su un nuovo modello che vedrà un insieme coordinato di operazioni che l'Istituto compie per raggiungere gli obiettivi prefissati, attraverso una gestione per processi e un'organizzazione gestionale e produttiva a matrice nel rispetto delle attività di indirizzo e controllo, dei rapporti e delle relazioni con l'esterno.

Tale modello è basato sull'unitarietà di azione della Direzione Strategica, che si avvale di uno staff unico (denominato *Tecnostruttura gestionale*), distinguibile e riconducibile gerarchicamente in strutture di staff e line della direzione generale, amministrativa, sanitaria, di ricerca, ma funzionalmente operano in modo trasversale, integrato e diretto con la direzione strategica. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non solo per funzione.

L'Istituto prevede una riorganizzazione che introduce un nuovo modello organizzativo e gestionale, dove il cardine principale è la Direzione Strategica, con il compito essenziale di definire, gestire e controllare le strategie e i programmi finalizzati al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi assegnati, sulla base delle direttive di ricerca e cura sia nazionali sia regionali. La Direzione Strategica ha una visione unitaria, finalizzata a garantire un sistema di governo efficace ed efficiente dell'IRCCS, attraverso l'individuazione degli obiettivi e delle risorse umane, economiche e tecniche necessarie al loro raggiungimento e attraverso l'azione dei propri componenti:

- Direttore Generale
- Direttore Scientifico
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo.

La Direzione Strategica, inoltre, è supportata nella propria governance dal Collegio di Direzione e dal Nucleo di Valutazione.

Con il modello così proposto, la Direzione Strategica, in attuazione delle strategie e dei programmi di mandato definiti, procede a:

- individuare gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- organizzare l'azienda, programmare le attività e realizzare la qualità delle prestazioni;
- pianificare le risorse e gli investimenti;
- gestire le relazioni interne ed esterne;
- garantire la sicurezza e la prevenzione.

La matrice gestionale e produttiva

L'articolazione organizzativa della Fondazione ambisce a completare l'organizzazione basata su discipline e competenze specialistiche, attribuendo maggiore enfasi a una visione per processi trasversali e per percorsi capaci di garantire i massimi livelli possibili di unitarietà, continuità, efficienza, e appropriatezza.

Il modello di riferimento è quello di una **matrice organizzativa** in cui i Dipartimenti ospedalieri e le Unità di ricerca rappresentano la componente deputata a presidiare gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse unità operative ad essi afferenti, mentre l'integrazione (e specialmente quella fra ospedale e ricerca) si realizza attraverso la modalità delle reti cliniche e linee di prodotto strutturate organizzativamente, o tramite aree funzionali già attive.

Le Direzioni dei dipartimenti ospedalieri e delle strutture di ricerca, rispettivamente raggruppate nel Polo Ospedaliero e nella Ricerca, hanno quindi in linea generale le seguenti responsabilità:

- Definire la strategia di sviluppo tecnologico e professionale del dipartimento
- Coordinare le scelte sui case mix produttivi e vocazioni delle varie Unità Organizzative
- Favorire ed accompagnare l'adozione di innovazioni di processo e/o prodotto
- Coordinare e definire le politiche di gestione del turn-over dipartimentale e gli sviluppi nello skill-mix
- Identificare assieme alle Unità Organizzative le priorità di definizione di team multidisciplinari in collegamento con le direzioni delle reti cliniche, ecc.

Le reti, articolazioni organizzative che a matrice incrociano i dipartimenti, hanno la responsabilità di definire i "prodotti" (le linee di prodotto) attorno a cui sviluppare le Units e quindi i team multidisciplinari che ne rappresentano l'ossatura.

Le reti e le linee produttive si articolano quindi in Units, che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i percorsi con riguardo a componenti specialistiche ospedaliere e di ricerca in modo da privilegiarne la trasversalità, ridurre la variabilità clinica e potenziare, laddove ancora necessario, l'integrazione tra ospedale e ricerca o territorio. Rappresentano, inoltre, il luogo di principale confronto sui percorsi di cura e ricerca che dovranno poi essere adottati dai Dipartimenti.

La Unit è un team che rappresenta la cellula base dell'erogazione di cura su casistiche complesse, in seno alla quale è necessario ricongiungere saperi, armonizzarli e dove, stanti gli elevati volumi o i costi unitari molto consistenti e l'uso di numerose prestazioni singole, è necessario un governo gestionale. Le Units sono anche percorsi di carriera. Esse si appoggiano alle piattaforme produttive ed assistenziali di stabilimento ospedaliero o di struttura di ricerca.

Le reti, al pari dei dipartimenti, si possono sviluppare in modo trasversale all'organizzazione e anche, ove necessario od opportuno, al territorio e consentono ai professionisti di "appartenere" al sistema di offerta

complessivo e non solo alla unità operativa dove sono inquadrati, di fregiarsi del riconoscimento di specialista dei problemi gestiti dalla rete o specifica Unit di appartenenza, di elevare lo standard professionale.

Le reti non hanno una "strutturalità" tradizionale come i dipartimenti più orientati alla gestione delle risorse e dei budget complessivi di attività, ma hanno una loro strutturalità, obiettivi di risultato, routine organizzative, ruoli codificati: direttore di rete o dipartimento, team leader di Unit, altre responsabilità intermedie. I professionisti appartenenti ad una Unit di rete hanno una doppia dipendenza: da un lato dalla UO e dipartimento di appartenenza, dall'altro dalla Unit (ed il suo/i team leader) e rete di appartenenza. La prima è prevalentemente gestionale, la seconda è prevalentemente professionale.

La tecnostruttura gestionale

L'Istituto prevede una *riorganizzazione degli staff* della Direzione Strategica, che confluiscono assieme alla *funzioni amministrative e tecniche* nel formare **la tecnostruttura gestionale** al *servizio unitario di tutta l'azienda*.

L'organizzazione e riconfigurazione della tecnostruttura gestionale si sviluppa quindi attraverso una sua **articolazione a matrice** che favorisca il presidio delle seguenti competenze ed aree di risultato, anche attraverso, ove necessario, la riaggregazione di competenze amministrative e di staff oggi separate per via dei processi progressivi di specializzazione maturati negli anni.

Tale modello è basato sull'unitarietà della Direzione Strategica, che si avvale e opera come uno staff unico, non più distinto tra staff della direzione generale, sanitaria, ricerca e amministrativa. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non per funzione.

La gestione per processi

La Fondazione basa il suo funzionamento organizzativo soprattutto sui processi produttivi, considerati come un insieme di "operazioni" con vari livelli di interdipendenza, che utilizzano risorse per produrre un output di processo e un outcome di salute in grado di soddisfare la domanda.

È necessario controllare e programmare costantemente le attività della Fondazione e il controllo sull'organizzazione passa attraverso il controllo dei processi.

Definire e formalizzare i processi assistenziali risulta un importante passaggio per tutte le organizzazioni che erogano servizi alla persona. Oltre ad essere un'azione che permette un maggior controllo delle attività ed un miglioramento delle prassi cliniche, è senz'altro anche un atto di dovuta trasparenza e di garanzia di trattamento equo nei confronti degli utenti e della collettività.

La definizione e l'ottimizzazione dei processi produttivi sono fondanti l'organizzazione aziendale e si avvalgono della standardizzazione delle procedure come strumento, ottenendo così un migliore allineamento delle modalità operative e, quel che più conta, prevedendo la necessaria dinamicità dettata dai progressi della cultura tecnico scientifica e organizzativa che sta alla base di un coerente ed ottimale funzionamento di organizzazioni complesse come ad esempio un dipartimento di emergenza-urgenza.

Dopo aver selezionato i processi da sottoporre a revisione, si deve definire un nuovo modello organizzativo. Tra i possibili **modelli di funzionamento per processo**, quello individuato dall'Istituto ha tenuto conto di una serie di criteri di seguito riportati:

1. output richiesto;
2. contesto organizzativo dove il processo si colloca;
3. meccanismi di coordinamento adottati dalla Fondazione;

4. risorse disponibili (umane, tecnologiche, informative) presenti all'interno delle varie unità organizzative coinvolte;
5. livello tecnologico informatico presente (hardware, software, cultura e disponibilità del personale all'uso delle tecnologie digitali).

Nel procedere alla ridefinizione dei processi si dovrà operare per gradi seguendo le reali necessità di cambiamento, misurate e condivise dai vari attori, e i reali bisogni. I processi individuati all'interno del presente modello organizzativo sono i seguenti:

- **Processi primari clinico assistenziali**: insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come output finale la risoluzione del problema di cura per i pazienti che si rivolgono alla struttura sanitaria.
- **Processi di ricerca**: insieme di attività di ricerca che hanno come output finale i risultati della ricerca per le nuove cure per i pazienti.
- **Processi sanitari di supporto**: attività di carattere clinico (es. gestione dei farmaci, analisi di laboratorio) che non producono un risultato finale misurabile in salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico assistenziale.
- **Processi amministrativi di supporto**: attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono il coinvolgimento diretto del paziente (approvvigionamento, gestione delle risorse umane, etc.).

Il modello organizzativo è, quindi, quello per processi, dove si individuano due matrici gestionali in cui si distinguono due tipologie di processi da tenere in considerazione:

- processi per la produzione delle prestazioni sanitarie che determinano così **la matrice produttiva e gestionale**;
- processi necessari per migliorare e ottimizzare il funzionamento della struttura aziendale e/o delle unità organizzative attraverso una specifica **tecnostruttura gestionale**.

I punti di contatto delle due matrici, al fine del funzionamento della Fondazione e del raggiungimento di livelli superiori di efficienza e di efficacia, sono:

1) *gli strumenti di gestione consolidati* come il budget e i sistemi di contabilità analitica per centri di costo;
2) *gli strumenti innovativi* come Totaly Quality Management, process reengineering, activity based costing e management che focalizzano la loro attenzione sul paziente, sui processi e sulle attività svolte dalle unità operative.

3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 Valore pubblico

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT) riveste un ruolo di prestigio nel panorama internazionale, rappresentando il più primo centro oncologico in Lombardia e in Italia, il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa, nonché l'unico Centro per la cura dei tumori italiano ad essere autorizzato al trapianto di fegato.

L'importante storia, i numeri e i traguardi sin qui raggiunti devono spronare l'INT a migliorare i livelli qualitativi e a mantenere un ruolo di primo piano nella sanità regionale e nazionale e, tra gli IRCCS, nella ricerca nazionale e internazionale, a tutela della salute dei nostri pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

Le linee strategiche, integrate tra Assistenze e Ricerca, si sviluppano su grandi temi che l'INT intende affrontare e consolidare attraverso la gestione e l'organizzazione delineata nel presente piano organizzativo. Le linee, in sintesi, sono le seguenti:

Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente
La linea strategica ha l'obiettivo del raggiungimento e costante monitoraggio di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico. Si persegue il consolidamento, da un lato, del programma di valutazione delle strutture sanitarie di Regione Lombardia, e dall'altro, delle verifiche esterne di qualità da parte di Organismi Terzi per la Certificazione ISO 9001 e per l'Accreditamento OECI dell'l'intera Fondazione e gli Accreditamenti Europei e Internazionali per specifiche aree di attività (Laboratorio HLA; Trapianto di Midollo; Tumori Neuroendocrini).

Lo sviluppo della rete d'offerta
La linea strategica dell'innovazione applicata alla diagnosi e cura dei tumori ha modificato, da un lato, il modello di cura sempre più personalizzato e multidisciplinare, dall'altro, gli esiti dei trattamenti, tra cui la lunga sopravvivenza da gestire in modo similare alla cronicità.

La ricerca clinica e la ricerca di base
La ricerca svolta dall'INT, implementata attraverso specifiche linee strategiche di sviluppo, che vanno dalla ricerca di base e traslazionale-biologica a quella clinica ed epidemiologico-sanitaria, interessa tutti i momenti cruciali del patient journey:

- prevenzione primaria con programmi di intervento sperimentale sulla popolazione a rischio e prevenzione secondaria con la ricerca traslazionale;
- stadiazione con ricerche per identificare i fattori prognostico- predittivi di tipo genetico-molecolare;
- terapia farmacologica e non con clinical trials sponsorizzati e "investigator driven";
- sorveglianza post cure primarie;
- cure palliative e di fine vita con studi per migliorare la diagnosi, classificazione e cura del dolore.

Epidemiologia e Data Science
In questi ultimi anni si sta consolidando l'importanza dei dati che provengono dal mondo reale (real world data), integrati con quelli che derivano dalla ricerca istituzionale per formare big data e a cui applicare tecniche innovative di intelligenza artificiale. Questa innovativa integrazione tra i real world data e i dati della ricerca sono necessari per sviluppare nuove linee strategiche sulla c.d. "scienza dei numeri", che deve coniugare l'epidemiologia con la data science coordinando le attività di consulenza biostatistica e bioinformatica, dalla progettazione del protocollo e partecipazione a Grant di ricerca, all'analisi dei dati sperimentali fino alla pubblicazione dei risultati.

Innovazione tecnologica, organizzativa, professionale e della conoscenza

L'innovazione è una linea strategica vitale per affrontare i continui momenti di profondo cambiamento nell'ambiente in cui opera l'Istituto, come il cambiamento socio-demografico della popolazione e aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente. Pertanto, l'innovazione si sviluppa in base alle seguenti strategie:

1. Evoluzione tecnologica con nuove possibilità chirurgiche e terapeutiche
2. Schemi organizzativi efficaci come l'esigenza sempre più diffusa di individuare e realizzare i setting di cura più efficienti e coniugare ricerca e assistenza al letto del paziente
3. Cambiamento professionale, che evidenziano tre principali trend:
   a. una femminilizzazione del personale medico
   b. una riduzione complessiva nel numero di medici
   c. un invecchiamento della popolazione dei medici.
4. Convergenza delle conoscenze tra discipline che si sovrappongono nelle possibilità terapeutiche.

La cura e l'assistenza dell'istituto

L'INT è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e un polo ospedaliero di rilievo internazionale e di alta specializzazione, fondato per fornire cure specializzate e contribuire allo sviluppo di nuove terapie per la patologia oncologica.

La Fondazione ha da sempre egregiamente interpretato il proprio ruolo di ente di ricovero e cura, e l'eccellenza nasce proprio da queste due differenti identità: in esso, la clinica e la ricerca interagiscono quotidianamente per assicurare al paziente la migliore cura disponibile. Inoltre, la spiccata attenzione all'innovazione tecnologica permette servizi diagnostici e terapeutici all'avanguardia capaci di garantire diagnosi sempre più accurate e precoci e cure sartorializzate. Presso l'INT, la patologia oncologica è affrontata a 360°, grazie alla presenza di tutte le figure e i setting assistenziali atti a garantire al paziente continuità assistenziale e competenze specialistiche in grado di accompagnarlo al meglio nel percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Ospedale oncologico (hub)

L'INT ha un ruolo consolidato e primario di ospedale di riferimento per la patologia oncologica, non solo per i volumi di prestazioni erogate, ma anche per l'eccellenza nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori attraverso lo sviluppo della ricerca clinico scientifica e l'innovazione organizzativa e gestionale. La presa in carico globale dei pazienti si declina in tutte le attività di ciascuna struttura ospedaliera, rafforzando il principio di centralità del malato lungo tutto il percorso clinico-assistenziale del paziente, attraverso personale con competenze integrate, figure professionali come lo psiconcologo e il nutrizionista, programmi specifici di accoglienza e umanizzazione delle cure. L'approccio multidisciplinare e sartorializzato si declina all'interno di riunioni e ambulatori a cui partecipano tutte le divisioni cliniche coinvolte nel processo di cura e dove le scelte terapeutiche e le impostazioni dei piani di cura vengono sottoscritte congiuntamente dai medici delle diverse discipline che si occupano del caso.

Cura e ricerca di genere

L'INT è un ospedale "vicino alle donne", attraverso l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior livello clinico ed epidemiologico e riservando particolare attenzione alla centralità della paziente. L'attività, nell'ambito della salute femminile, comprende in particolare la branche specialistiche di Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia Senologica e Oncologia Medica. In tali ambiti l'IRCCS si propone di intraprendere processi multidisciplinari volti al miglioramento degli indicatori di salute della donna.

Bambini e patologia oncologica

L'Istituto è il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa. Fin dalla nascita e fino al termine dell'età evolutiva, vengono assicurati i più alti livelli di assistenza garantendo un approccio multiprofessionale che integra le migliori competenze diagnostiche, mediche e chirurgiche specializzate, accompagnate poi da un'altrettanta adeguata fase riabilitativa. Molta attenzione è, inoltre, posta all'aspetto dell'umanizzazione durante la degenza, in modo da favorire il rapporto tra il bambino e la sua famiglia.

La Pediatria Oncologica e la Chirurgia Pediatrica, oltre ad occuparsi della diagnosi e terapia dei tumori solidi e delle emopatie maligne e non maligne del bambino e dell'adolescente, è centro di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche e per la somministrazione di Medicinali per Terapie Avanzate (Advanced Therapy Medical Products, ATMP).

Trapianti

Una delle eccellenze dell'INT è costituita dall'attività trapiantologica, grazie ad un programma di trapianto di fegato in oncologia tra i più famosi del mondo: a partire dalla seconda metà degli anni '90, infatti, sono state stabilite da questo gruppo le linee guida di selezione dei pazienti con tumore da sottoporre a trapianto (i cosiddetti "Criteri di Milano").

Ad oggi, le capacità, l'esperienza, il lavoro multidisciplinare e la numerosità dei pazienti trapiantati hanno portato quest'Istituto ad essere uno dei primi centri in Italia e in Europa in questo campo. Inoltre, il Programma Congiunto Trapianti è volto all'impiego di trattamenti innovativi, grazie al ricorso delle tecniche di trapianto di cellule staminali più evolute, autologhe ed allogeniche e l'esperienza acquisita ha consentito di ridurre considerevolmente la mortalità trapiantologica e di sviluppare metodiche di trapianto applicabili dall'infanzia fino ai 70 anni di età.

Terapie innovative

L'INT ha il suo punto di forza nella capacità di essere sempre alla frontiera dello sviluppo di nuovi modelli e strumenti di cura che derivano dall'integrazione ottimale con la ricerca traslazionale. L'attività di ricerca in questo campo è per sua natura traslazionale e punta sull'integrazione interdisciplinare attraverso programmi innovativi; si articola attraverso la definizione delle basi molecolari e patogenetiche della malattia come necessaria premessa alla medicina personalizzata, verso lo sviluppo di nanotecnologie e di modellistica di supporto alla chirurgia robotica e la stesura di linee guida internazionali. La ricerca traslazionale ha condotto allo sviluppo di terapie innovative nelle malattie ad alta complessità, compresi i tumori rari (per molti dei quali l'INT è un riferimento nazionale e internazionale).

Assistenza

Il percorso ambulatoriale e il ricovero ospedaliero per patologia oncologica rappresentano per l'individuo e per la sua famiglia un momento di disagio attribuibile non solo alla presenza di un tumore, sospetto o accertato, ma anche dello stato di disorientamento provocato dall'allontanamento dal domicilio e dagli affetti personali.

L'INT, al fine di migliorare la qualità percepita dal paziente in termini di accoglienza, assicura il diritto ad un'assistenza continua e ad un accompagnamento costante nel proprio percorso di ricerca della salute, sia clinico che psicologico, e per chi lo desidera anche spirituale.

La ricerca dell'istituto

L'INT è un *comprehensive cancer centre*, ossia una *struttura interamente dedicata alla cura e alla ricerca sul cancro*, con attività integrate a percorsi formativi (training e educazione) in collaborazione con Università di riferimento.

L'Istituto ha avuto un ruolo essenziale nella storia della **ricerca oncologica**, poiché ha contribuito alla realizzazione di nuovi interventi e procedure di tipo farmacologico (dai farmaci chemioterapici fino alle terapie a bersaglio molecolare e alle immunoterapie) e chirurgico (nuovi approcci conservativi).
Si conferma come centro di riferimento nazionale e internazionale sia per i tumori con una incidenza più alta sia per i tumori rari, di cui è coordinatore di un programma a livello europeo, la Joint Action on Rare Cancers (JARC). A livello internazionale, l'INT partecipa a innumerevoli network di ricerca e a più di 12 organizzazioni di ricerca sul cancro, internazionali e nazionale, tra cui Alleanza Contro il Cancro (ACC), Cancer Core Europe (CCE), Organization of European Cancer Institutes (OECI), Digital Institute for Cancer Outcome Research (DIGICORE)

Ricerca di base
"Conoscere per curare": la ricerca scientifica di base si occupa dello studio dei fenomeni biologici che sottendono al funzionamento del nostro organismo. In ambito oncologico, tale ricerca si propone di indagare i meccanismi cellulari e molecolari che stanno alla base della complessa natura dei tumori, dalla trasformazione di una cellula normale in tumorale, ai diversi processi che la portano a spostarsi all'interno dell'organismo, colonizzare nuovi organi, evadere i sistemi di difesa immunitaria e sviluppare resistenza ai diversi trattamenti.

Ricerca preclinica e traslazionale
La ricerca preclinica e traslazionale in oncologia si occupa di *trasformare le scoperte scientifiche effettuate in laboratorio in applicazioni cliniche per curare i tumori.* Questo percorso può avvenire anche in senso inverso e quindi le osservazioni che fa il clinico possono rappresentare lo spunto per nuovi spazi di ricerca di laboratorio. Lo scopo principale della ricerca traslazionale è l'identificazione di nuovi trattamenti e approcci diagnostici utilizzabili nella pratica clinica che possono portare ad un beneficio per il paziente.

Ricerca clinica
Costituisce il "crocevia" tra la ricerca di base e quella traslazionale. Grazie alla descrizione dei meccanismi di trasformazione tumorale dalla ricerca di base e traslazionale, si approda alla formulazione di terapie innovative, la cui reale efficacia dovrà essere dimostrata attraverso sperimentazioni cliniche. Queste riguardano sempre più spesso farmaci mirati, riducendo la necessità di ricorrere alla chemioterapia convenzionale. Il paziente diventa a sua volta fondamentale per il suo coinvolgimento attivo nello studio, attraverso la sua testimonianza diretta relativa alla propria qualità della vita nel corso della terapia, o semplicemente rendendosi disponibile a controlli clinici e radiologici nel tempo.

Ricerca epidemiologica e data science
È volta allo sviluppo di registri nazionali del cancro, di studi internazionali di coorte sul ruolo della dieta e sugli interventi di prevenzione e sulla scienza dei numeri.
La Ricerca Sanitaria e di Outcome è un efficace strumento di monitoraggio degli *outcome* clinici che consentirà di generare nuova ricerca sui Real World Data (RWD). L'Area Funzionale "Gestione Dati, Monitoraggio e Data Ware House", che raggruppa competenze afferenti alla Direzione Scientifica, ma anche alla Direzione Sanitaria e ai Sistemi Informativi, si occupa della raccolta, gestione e cura di tutti i dati derivati dalla ricerca e dall'assistenza, producendo evidenze per nuova ricerca di *effectiveness* degli interventi sanitari.

Ricerca sulla qualità della vita dei pazienti oncologici
L'obiettivo dell'INT è quello di preservare e, quando possibile, aumentare la quantità e qualità della salute dei cittadini e dei pazienti. Ecco quindi l'attenzione a percorsi di cura e progetti di ricerca volti al miglioramento delle cure riabilitative e palliative, alla definizione di piani personalizzati di assistenza psicologica al paziente e alle famiglie, e allo sviluppo di più efficaci approcci alla nutrizione clinica.

3.2 Performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

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

e si svolge con frequenza annuale attraverso l'impiego di due **strumenti metodologici:**

1. il processo di budget (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;
2. il sistema di valutazione individuale che consente di misurare e valutare la performance individuale.

Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del Ciclo della performance:

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

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori recepisce:

- le disposizioni di legge, come da D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV "*Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde*";
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida ("Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance").
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2019-2021 e con il documento "*Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022*" - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*" del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione "*Performance*" del medesimo PIAO.

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

Con D.G.R. n. XI/5832 del 29/12/2021, Regione Lombardia ha comunicato gli obiettivi delle ATS, ASST ed AREU per l'anno 2022, precisando come gli stessi possano costituire linee di indirizzo per i Consigli di Amministrazione degli IRCCS.

Nell'Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici e gli obiettivi di performance di carattere operativo.

Al fine di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi di performance e degli obiettivi aziendali, la Fondazione prevede l'esistenza di un sistema dei controlli interni, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. La massima funzionalità di tale sistema viene garantita dall'attivazione di funzioni che permettono di classificare i controlli in quattro aree:

1) Area della gestione
   Il **Controllo di gestione e la Gestione Operativa**, che assistono la Direzione Strategica verificando l'economicità e la sostenibilità della gestione delle risorse.

2) Area della qualità
   La **Qualità aziendale** e il **Risk Management**, al fine del controllo della qualità e il grado di rischio delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorarne la loro efficacia.

3) Area dei processi
   L'Internal Auditing, che svolge un'attività indipendente e obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della Fondazione. L'internal auditing, inoltre, garantisce una funzione di audit che, in piena autonomia e in collaborazione con gli enti preposti della Regione Lombardia, verifica gli atti amministrativi, i processi e le procedure e può svolgere verifiche e controlli nei confronti di soggetti destinatari di provvedimenti, sovvenzioni e altri vantaggi economici diretti e indiretti. Esegue infine il monitoraggio dei risultati dell'attività oggetto di audit, con le modalità che saranno definite dal Direttore amministrativo.

4) Area dell'amministrazione
   Il Controllo Interno, che si svolge attraverso le seguenti funzioni:
   a) controllo presenza in servizio del personale dipendente;
   b) procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
   c) controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
   d) verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
   e) controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
   f) controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
   g) controllo atti;
   h) tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Strategica.

Le funzioni citate trovano applicazione attraverso strutture organizzative (semplici, complesse) e/o funzioni nell'ambito della Direzione Strategica, in particolare della Direzione Amministrativa e Sanitaria, come meglio descritto dal modello organizzativo nelle pagine seguenti.

3.3 Anticorruzione e Trasparenza

La presente sezione contiene il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza.
Con Legge 6 novembre 2012 n. 190, entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.
Con Delibera 11 settembre 2013 n. 72 la allora Commissione Indipendente per la Valutazione Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), oggi Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha approvato e pubblicato il primo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013), successivamente aggiornato nel 2015 con Determinazione ANAC 28 ottobre 2015 n. 12 (PNA 2015), nel 2016 con Delibera ANAC 3 agosto 2016 n. 831 (Aggiornamento PNA 2016) e Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019).

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.
Legalità e Integrità sono intese come attuazione del "principio democratico e dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Esse sono condizioni di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino".
Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:
a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC;
b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

DEFINIZIONI:

IL CONCETTO DI "CORRUZIONE"

Per "corruzione" si intende l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati:
- il potere è l'esercizio della funzione affidata al dipendente pubblico;
- il soggetto è il dipendente pubblico cui è affidata la funzione (magistrato, politico, medico, professore, etc);
- l'abuso si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega;
- il vantaggio privato è un beneficio finanziario o di altra natura, non necessariamente personale, ma che può riguardare anche soggetto terzo cui il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizia, etc).

IL CONCETTO DI "CORRUTTELA"

La "corruttela" costituisce una delle principali cause di inefficienza dei servizi destinati alla collettività, del dissesto della finanza pubblica, nonché della disaffezione dei cittadini verso le istituzioni.
Può essere definita come "malcostume" ovvero l'inclinazione di un soggetto a svolgere le proprie mansioni in maniera arbitraria, fuori da prassi e dai regolamenti per trarne un vantaggio.

LA CATTIVA AMMINISTRAZIONE

La "Maladministration" può essere definita come "*l'assunzione di decisioni ... devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari – Determinazione ANAC n. 12/2015*" ovvero come quegli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.
Nel disegno del 2012 perseguito dal legislatore, la trasparenza costituisce lo strumento cardine per prevenire sul terreno amministrativo i fenomeni corruttivi, riducendo il rischio di degenerazioni di rilevanza penale.

3.3.1 Prevenzione e contrasto del rischio corruttivo

ANALISI DEL RISCHIO

L'attività di analisi del rischio, di cui all'Allegato 2, oltre a rappresentare uno degli adempimenti previsti nel PTPCT costituisce la base per la mappatura e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.
L'analisi del rischio ha portato negli anni ad un maggior dettaglio dei processi analizzati, con una implementazione rispetto alla precedente mappatura, e ad una più efficace individuazione delle collegate misure correttive. L'aggiornamento della mappatura è stato il frutto della collaborazione sistematica tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) e i Responsabili delle strutture

delle aree a maggior rischio. Tale collaborazione ha consentito di introdurre nei PTPCT misure ulteriori (allegato 2) rispetto a quelle generali o di sistema previste dalla Legge 190/2012.
Questa modalità di lavoro ha consentito a dirigenti ed operatori di rivedere i processi sui quali abitualmente intervengono, per migliorarli dal punto di vista della trasparenza e dell'anticorruzione.
L'applicazione di tale metodo di lavoro ha pertanto condotto:

- all'aggiornamento della mappatura delle aree a maggior rischio corruzione e della relativa valutazione di rischio;
- all'aggiornamento e sviluppo di ulteriori misure di prevenzione della corruzione e relativi indicatori individuati con i dirigenti delle strutture interessate.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Come già sopra anticipato, nel corso dell'attuazione dei PTPCT si è proceduto a estendere, per quanto ancora possibile, la mappatura dei processi a rischio di corruzione.
Le aree di rischio analizzate sono le seguenti:

Aree Generali

A. Contratti pubblici / Affidamento di Lavori, Servizi e Forniture;
B. Incarichi e nomine /Acquisizione e progressione del personale;
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
D. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni / Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari;

Aree specifiche

A. Ricerca;
B. Attività libero professionale e liste di attesa;
C. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
D. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
E. Emergenza COVID.

La valutazione del rischio avviene in tre fasi:

1. Identificazione

Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a definire l'oggetto di analisi, le tecniche di identificazione e fonti informative e a individuare i rischi.

2. Analisi

Si riporta di seguito l'elenco dei fattori abilitanti considerati:

- mancanza parziale o totale di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in questo caso, l'analisi dovrà dare conto se vi sia totale mancanza di misure di rischio in atto e/o inefficaci;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna (intesa come scarso senso di responsabilità degli operatori);
- 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.

3. Ponderazione

Come meglio specificato nell'Allegato 2 del presente Piano, la Fondazione ha iniziato un percorso di analisi e ponderazione del rischio attraverso una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in "Ottimo – Buono – Sufficiente –Mediocre – Scarso", in base a motivate valutazioni e sulla base di specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori:

- Livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio.
- Grado di discrezionalità del decisore: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
- Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità.
- Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.
- Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi.

VIGILANZA E MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio dell'attuazione del presente Piano è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione, come meglio specificato nel paragrafo 3.3.2.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del Piano, e conseguentemente piena effettività di tale strumento, i Responsabili individuati predispongono rendicontazioni trimestrali di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste all'allegato 2.

VIGILANZA E CONTROLLO

L'attività di controllo e vigilanza è svolta, per quanto di competenza, in raccordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il Nucleo Ispettivo ed il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione, attraverso incontri programmati e/o in base alle esigenze emergenti, presso i singoli uffici, nonché verifiche documentali e verifiche dirette.

Qualora il RPCT riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti iniziative:

- per fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o all'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) se si tratta di Dirigenti;
- per fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativo/contabile: denuncia alla Corte dei Conti;
- per fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

3.3.2 Soggetti e ruoli

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e dell'illegalità, la Legge n. 190/2012, i PNA e i PTPCT hanno individuato, sia a livello nazionale che in ciascuna Amministrazione Pubblica, i soggetti di riferimento.

A livello nazionale e regionale vengono individuati i seguenti soggetti:

- L'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione – ex CIVIT), è nata con il D.L. n. 90/2014 convertito in legge n. 114/2014 che ha soppresso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP). Le funzioni svolte dall'Autorità sono funzioni consultive, di vigilanza e di controllo. Per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, l'Autorità esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle PP.AA., e ordina l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dai piani e

dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa, ovvero la rimozione di comportamenti o di atti contrastanti coi piani e le regole sulla trasparenza. Tra le varie competenze, l'Autorità formula pareri su richiesta delle Pubbliche Amministrazioni. La sua missione è quella di prevenire la corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, nelle società partecipate e controllate anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione.

- L'ORAC (Organismo Regionale Anti Corruzione - Regione Lombardia), costituito da 9 membri, è stato istituito con Legge Regionale n. 13 del 28.09.2018 del 18 settembre 2018, sostituendo e riunendo le competenze dell'Agenzia Regionale per le Attività di Controllo (ARAC), del Comitato controlli e del Comitato per la legalità e la trasparenza. Ha il compito di vigilare sulla trasparenza e la regolarità degli appalti e sulla fase esecutiva dei contratti, di valutare e rafforzare l'efficacia del sistema dei controlli interni oltre che supportare gli Enti nell'attuazione e nell'aggiornamento dei piani di prevenzione.
- L'A.G.E.N.A.S. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali), è un ente pubblico non economico nazionale che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.
- La Corte dei Conti, attraverso le proprie funzioni di controllo, contribuisce ad individuare misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi.
- Il Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013, elabora e adotta le linee di indirizzo in materia di prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione.
- La Conferenza Unificata Stato-Regioni che, attraverso apposite intese, è chiamata ad individuare adempimenti e termini per l'attuazione della legge e dei decreti attuativi, con riguardo alle Regioni e Province autonome, enti locali, enti pubblici e soggetti di diritto privato sottoposti al loro controllo.
- Il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri che, come stabilito con D.P.R. 9 maggio 2016 n. 105, svolge le funzioni di promozione e di coordinamento delle attività di valutazione e misurazione della performance delle amministrazioni pubbliche.
- Il Prefetto che, ai fini della predisposizione del piano della prevenzione della corruzione, fornisce, su richiesta, il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA.
- La Scuola Nazionale di Amministrazione che predispone corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.
- Le singole Pubbliche Amministrazioni, responsabili dell'introduzione e dell'implementazione delle misure previste dalla Legge e dai PNA.

I soggetti che, invece, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione, per i quali risulta fondamentale esplicitare ruoli e funzioni, con specifico riferimento all'ambito della prevenzione della corruzione, sono individuati nello schema sotto riportato:

Gli organi di indirizzo

il Presidente e il Consiglio di Amministrazione che:

- designano il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- adottano il PTPCT, il PIAO e i suoi aggiornamenti definendone gli obiettivi strategici;
- adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Direzione Strategica

- Al Direttore Generale sono riservati tutti i poteri di gestione in conformità all'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e allo Statuto della Fondazione. È coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati, che, oltre ad assumere diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite, concorrono con proposte e pareri alla formazione delle sue decisioni. Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate.
- Il Direttore Scientifico: in ambito sanitario è responsabile della ricerca scientifica e ne gestisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del consiglio di amministrazione. Il Direttore Scientifico esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Il Direttore Scientifico negli IRCCS è nominato dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione ove ha sede l'istituto (ex DPR 42 del 26 febbraio 2007). Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione attraverso la promozione di attività di formazione specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nei PTPCT nelle aree di propria competenza.

Altri soggetti

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione nello specifico deve:
  - proporre, annualmente, il Piano triennale di prevenzione della corruzione all'organo di indirizzo per l'adozione;
  - pubblicare sul sito web istituzionale e trasmettere annualmente all'Organismo Indipendente di Valutazione (Nucleo di Valutazione) e all'Organo di indirizzo dell'Amministrazione una relazione sull'andamento dei risultati dell'attività svolta;
  - definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
  - verificare l'efficace attuazione del Piano da parte da parte dei Responsabili e della idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, nonché proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
  - individuare il personale afferente alle aree a maggiore rischio di corruzione da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
  - curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento e il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
  - predisporre e pubblicare sul sito della Fondazione la relazione annuale del RPCT.

  I compiti attribuiti al Responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo.*

  Il Responsabile potrà avvalersi, per l'esercizio delle sue funzioni, di referenti in ogni struttura della Fondazione nonché del supporto di appropriate risorse umane e strumentali.

  L'attività del Responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione che mantengono, ciascuno per il proprio ruolo, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.
- I Dirigenti per area di competenza svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di

prevenzione, assicurano l'osservanza del Codice Etico e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari ove di competenza, ed osservano le misure contenute nel presente Piano.

- I Referenti per la prevenzione e la trasparenza, individuati dai Dirigenti, svolgono, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione.
- Supportano il Dirigente nello svolgimento delle attività di costante monitoraggio sull'adempimento delle misure previste dal Piano trasmettendo periodicamente al RPCT i report di monitoraggio delle aree di competenza per la prevenzione della corruzione e trasparenza. Svolgono inoltre attività di monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza della propria struttura, secondo le scadenze previste dal Piano.
- Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e attesta altresì l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della Fondazione in ottemperanza al dettato normativo in tema di trasparenza. Verifica 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 alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT in relazione agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza previsti dal presente piano. Riferisce all'ANAC, come previsto dall'art. 8 bis della Legge 190/2012 (come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016), sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- Il Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti (RASA): l'articolo 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179 (convertito in Legge 17 dicembre 2012 n. 221) stabilisce l'obbligo per le stazioni appaltanti di nominare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) quale responsabile della verifica e/o della compilazione e dei successivi aggiornamenti (almeno annuali) delle informazioni e dei dati identificativi delle stazioni appaltanti stessi. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Il RASA nominato dalla Fondazione è il Direttore della struttura complessa Provveditorato.
- Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio: con determinazione del Direttore Generale n. 178DG del 27 maggio 2020, il RPCT è stato nominato "Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo (G.S.A.)", con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio.

  Il G.S.A. è coadiuvato, nell'attività di valutazione ed individuazione delle operazioni sospette, da un Comitato di Sicurezza Finanziaria, composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio, come di seguito indicato:
  - Direttore s.c. Gestione Acquisti
  - Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale
  - Direttore s.c. Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità
  - Direttore s.c. Ingegneria Clinica
  - Direttore s.c. Farmacia ospedaliera.
- Il Comitato di coordinamento dei controlli interni: è presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione. Tale organismo, previsto dalla DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022, è chiamato a perseguire la sinergia ed il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

- L'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento.
- L'Internal Auditing è una funzione di controllo istituita in ottemperanza alle Regole di Sistema 2015 della Regione Lombardia. Al fine di garantire il principio di autonomia di questo livello di controllo, la funzione risponde direttamente al Direttore Generale e mantiene i rapporti con le omonime funzioni degli altri IRCCS pubblici per la progettazione della formazione e la pianificazione dei controlli annuali.
- Il Data Protection Officer (D.P.O.): è una figura introdotta dal Regolamento Generale sulla Protezione dei dati 2016/679 (GDPR); la sua responsabilità principale è quella di osservare, valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali (e dunque la loro protezione) all'interno della Fondazione, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali.
- Il Nucleo Ispettivo è stato costituito, con Determinazione del Direttore Generale 28 febbraio 2014 n. 52DG, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del "Regolamento in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali". Ha il compito di svolgere verifiche a campione e rendicontare alla Direzione Strategica le posizioni verificate relative ad incarichi extraistituzionali, estratte a sorte dall'elenco "incarichi conferiti ed autorizzati ai dipendenti".
- La funzione di controllo della Qualità delle prestazioni e dei servizi è attivata presso la s.c. Sistema qualità, formazione e protezione dati, responsabile di attuare i programmi di valutazione e miglioramento della qualità secondo procedure validate a livello regionale (Sistema di Valutazione della Performance e Qualità dei Sistemi Sanitari Regionali) e a livello internazionale (Certificazione UNI EN ISO 9001, Accreditation & Designation Organisation of European Cancere Institutes – OECI; Accreditamenti di eccellenza per Programmi di cura).
- L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) agisce in modo autonomo ed indipendente a tutela dei diritti delle persone che accedono alle prestazioni dell'Istituto, sia in regime ambulatoriale che di ricovero. Compito dell'ufficio è quello di tutelare il bisogno individuale e collettivo dei cittadini/pazienti in stretta collaborazione con l'Ufficio relazione con il pubblico per costruire un modello integrato di ascolto ed individuare strategie comuni orientate alla costruzione di percorsi che assicurino migliori cure e servizi.
- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) rappresenta il punto di incontro tra l'Istituto, i pazienti e i loro familiari. Le sue attività principali sono: fornire informazioni di carattere generale sui servizi dell'Istituto, accogliere suggerimenti e reclami per migliorare l'organizzazione dei servizi, ascoltare e orientare il cittadino aiutandolo a risolvere al meglio le proprie richieste e, in attuazione del principio di trasparenza e di attivazione delle azioni di miglioramento, curare la rilevazione e l'elaborazione periodica della qualità percepita dagli utenti attraverso la *customer satisfaction*.
- I dipendenti della Fondazione partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. e segnalano al proprio dirigente casi di potenziale conflitti di interesse.
- I Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di *whistleblowing*.

3.3.3 Obiettivi strategici 2022

La prevenzione della corruzione si basa sostanzialmente su un modello di regolazione che prevede attività di pianificazione e controllo, con una programmazione "a cascata" che interessa tutti i livelli di governo e poggia su quattro principali strumenti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio.

Le finalità perseguite sono:

- ridurre le eventualità di manifestazione di casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nell'ambito delle suddette finalità sono stati individuati dal Consiglio di Amministrazione specifici obiettivi strategici della Fondazione per il triennio 2022-2024, da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione:

- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare nel periodo di validità del PTPCT attraverso la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- promozione di iniziative di formazione (generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità.

Al fine favorire ulteriormente la cultura della legalità, della correttezza e della trasparenza, annualmente sono assegnati specifici obiettivi, sia alla dirigenza che al personale del comparto della Fondazione, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza correlati agli obiettivi di performance aziendali.
Le finalità sono le seguenti:

- vigilare e attuare le misure di prevenzione di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste negli allegati 1 e 2 del presente Piano;
- partecipare alle iniziative di formazione;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

3.3.4 Misure generali di prevenzione

Le principali misure di prevenzione della corruzione previste e analizzate nei PTPCT della Fondazione sono:

- la trasparenza
- il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
- il *whistleblowing* (Regolamento adottato con Determinazione n. 89DG del 9 marzo 2022 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione);
- il *pantouflage*
- la formazione
- la gestione dei conflitti di interessi
- l'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi
- la rotazione del personale (ordinarie e straordinaria)

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA 2019 per il triennio 2022/2024 sono state individuate ulteriori misure di prevenzione quali:

1. assegnazione di specifici obiettivi al personale dirigenziale e del comparto della Fondazione in materia di anticorruzione e trasparenza;
2. obbligo di sottoscrizione dei "patti di integrità" negli appalti e "avvisi per la trasparenza preventiva";
3. raccordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il Nucleo Ispettivo, Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD) e il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione.

3.3.5 Codice di comportamento

In conformità al D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 e a seguito della Determinazione ANAC 29 marzo 2017 n. 358 recante "Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale la Fondazione, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione 14 febbraio 2018 n. 167F, ha adottato un proprio Codice Etico e Comportamentale dei dipendenti, che qui si intende integralmente richiamato quale parte integrante del PTPCT e quale strumento per la verifica periodica del livello di attuazione dello stesso Piano.

Al fine di offrire a tutti dipendenti adeguata conoscenza dei temi dell'etica e della legalità, la s.c. Risorse Umane e Relazioni Sindacali organizzano specifici eventi formativi sul tema, aperti a tutti i dipendenti. Tali eventi formativi hanno l'obiettivo di sviluppare la conoscenza della materia favorendo la diffusione dei comportamenti virtuosi e i principi ai quali il personale deve ispirarsi nello svolgimento della propria attività.

La conoscenza del Codice Etico e comportamentale (nazionale e aziendale) potrebbe rientrare inoltre tra le materie oggetto di prova concorsuale pertanto, nei bandi di concorso e negli avvisi per assunzione a tempo determinato o per mobilità ne verrà richiesta la conoscenza. Tale conoscenza è altresì richiesta negli avvisi delle selezioni volte al conferimento di incarichi di lavoro autonomo.

Resta fermo che per quanto non espressamente previsto nel Codice Etico e Comportamentale aziendale, si fa riferimento alle previsioni contenute nel DPR 16 aprile 2013 n. 62.

Nel Codice adottato dalla Fondazione sono attesi, in particolare, da parte del dipendente:

- il rispetto delle prescrizioni contenute nel presente Piano;
- la collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione, con particolare riguardo alla comunicazione di dati ed alla segnalazione di situazioni rilevanti ai fini dell'attività di prevenzione;
- la segnalazione al proprio superiore gerarchico di eventuali situazioni di illecito nella Fondazione di cui sia venuto a conoscenza, mediante informativa scritta contenente tutti i dati in suo possesso, necessari all'individuazione delle circostanze di fatto e dei soggetti cui si riferiscono, fermo restando l'obbligo in capo allo stesso dipendente di denuncia all'Autorità giudiziaria, ai sensi di legge.

Nel caso in cui la segnalazione coinvolga in via diretta o indiretta il superiore gerarchico, il dipendente si rivolge al RPCT così come allo stesso dovranno fare diretto riferimento i dirigenti.

Al fine di dare diffusione ai principi, regole e sanzioni previste dal Codice viene realizzata annualmente una specifica attività di formazione ed informazione rivolta a tutto il personale della Fondazione.

L'Istituto, con deliberazione 31 ottobre 2017 n. 145F, ha approvato i propri Regolamenti in materia di procedimento disciplinare del personale del Comparto e della Dirigenza, aggiornando la precedente disciplina alle nuove disposizioni della Legge n. 124/2018 c.d. "Legge Madia".

3.3.6 Formazione mirata a prevenire il rischio corruttivo

La formazione anticorruzione rappresenta una delle misure che le Amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di predisporre nell'ambito del Piano triennale di prevenzione della corruzione. Lo scenario di riferimento normativo nel quale si inserisce la formazione anticorruzione nelle pubbliche amministrazioni scaturisce da norme e principi contenuti nella Legge n. 190/2012, che indica le norme anticorruzione quale attuazione diretta del principio costituzionale di "imparzialità" (art. 97 Cost.).

In tale ambito, la formazione è considerata un elemento essenziale per la prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche. La Legge, al riguardo, stabilisce che i percorsi di formazione debbano essere strutturati a due livelli:

- a livello generale, devono essere organizzate iniziative destinate a tutto il personale sui principi dell'etica e della legalità.

- a livello specifico, devono essere realizzate iniziative rivolte alle figure più direttamente coinvolte nella prevenzione della corruzione: il responsabile della prevenzione, i referenti, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Amministrazione.

La programmazione ed erogazione della formazione prevista dalla Fondazione è stata formalizzata con una specifica procedura di qualità il cui obiettivo generale è quello di implementare la diffusione della stessa a tutto il personale che opera nella Fondazione maggiormente coinvolto in responsabilità decisionali.
L'obiettivo specifico è quello di rendere maggiormente efficace ed efficiente tale strumento, economizzando gli sforzi profusi, indirizzandolo agli operatori maggiormente coinvolti nelle attività a rischio corruzione.
Al fine di consentire modalità di formazione fruibili da una platea estesa, vengono attivati anche sistemi di formazione e-learning (formazione a distanza – FAD), con il vantaggio, attraverso l'uso delle tecnologie multimediali e di internet, di monitorare il livello di apprendimento, sia attraverso il tracciamento del percorso che attraverso momenti di valutazione formale.
Per quanto riguarda la formazione specifica, i corsi di formazione sono prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi illeciti ai sensi del presente piano sulla base delle esigenze formative espresse dai responsabili di struttura nell'ambito degli incontri semestrali. L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione viene effettuata sulla base della mappatura delle aree a rischio individuate dal RPCT (allegato 2).

3.3.7 Trasparenza: attività 2021 e programmi 2022

Nel corso dell'anno 2021 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.
Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità.
La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta, infatti, uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.
Il D.Lgs. n. 150/2009 definisce la trasparenza come "*accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle Amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità*" (art. 11).
La Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione ha costituito un ulteriore tassello nel progetto di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e diffusione delle informazioni degli enti pubblici, introducendo aggiuntivi e rilevanti obblighi ed elevando i livelli di visibilità, nella convinzione che la trasparenza sia tra le principali armi con cui combattere il fenomeno della corruzione.
Il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione e ha previsto la pubblicazione, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche

amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti stessi direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione (art.2).

A seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 97/2016 è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini.

Il presente Piano contiene, in questo paragrafo e nella tabella Allegata (Allegato n. 3), la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare nel triennio 2022/2024 per dare attuazione, da un lato agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013, dall'altro a misure ulteriori di trasparenza individuate dai Responsabili delle aree a maggior rischio di corruzione, nell'ambito degli incontri periodici con il RPCT, in attuazione dell'obiettivo strategico inerente la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

La Fondazione si prefigge, attraverso l'attuazione di tali azioni, di garantire il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati e l'accessibilità alle notizie ed informazioni della Fondazione, al fine di consentire l'attiva partecipazione dei cittadini, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Il processo di formazione e di attuazione della programmazione in materia di trasparenza si articola in una serie di fasi tra loro strettamente collegate per ognuna delle quali sono stati identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Nell'Allegato 3 al presente piano è riportato, in formato tabellare:

a) l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
b) l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
c) l'indicazione dei soggetti responsabili della predisposizione/raccolta di dati e documenti e della loro pubblicazione.

I dirigenti di struttura sono individuati, secondo competenza, quali responsabili della predisposizione/raccolta di dati e/o documenti, in formato aperto e accessibile secondo le disposizioni vigenti, e dell'inoltro degli stessi all'ufficio deputato alla pubblicazione, mediante utilizzo di apposita casella di posta elettronica (*redazione sito web*). Il dirigente responsabile della predisposizione e della trasmissione dei dati e/o documenti verifica l'effettiva corretta pubblicazione di dati e informazioni da parte dell'ufficio deputato alla pubblicazione, dandone riscontro allo stesso nonché al RPCT.

Al fine di assicurare un efficace sistema di monitoraggio dell'attuazione degli adempimenti di trasparenza, i Responsabili delle strutture competenti alla predisposizione/raccolta di dati, individuati nell'allegato n. 3 al presente Piano, predispongono ed inoltrano al RPCT rendicontazioni trimestrali sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi.

Di tale attività di aggiornamento è data informazione costante al RPCT, che svolge il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti previsti dal piano alle scadenze indicate nella tabella "Allegato n. 3" con cadenza periodica.

Il sito web della Fondazione svolge la funzione di informazione agli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, etc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi, secondo quanto indicato nelle delibere CIVIT n. 105/2010, n. 2/2012 e nelle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 e 15 maggio 2014 e successive modifiche.

Nel caso in cui le informazioni contengano anche dati personali, sono rispettati i principi di cui al Regolamento UE 679/ 2016, recepito con D.Lgs. n. 101/2018,

La Fondazione in attuazione al D.Lgs. n. 33/2013, ha realizzato sin dal 2013, sulla home page del proprio sito internet www.istitutotumori.mi.it, la sezione "Amministrazione Trasparente".
In tale sezione sono pubblicati i dati e i documenti per i quali le disposizioni normative prevedono l'obbligo di pubblicazione nonché le ulteriori misure di trasparenza individuate dal presente piano come misure di specifica prevenzione della corruzione.
La realizzazione del sito web della Fondazione e della sezione "Amministrazione Trasparente" hanno tenuto conto dei concetti di:

- usabilità, per rispondere meglio alla "reperibilità" di informazioni, in modo completo, chiaro, affidabile e semplice;
- accessibilità, nel rispetto dei parametri previsti dalle disposizioni vigenti per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici;

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione:

- persegue la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto;
- individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse, adoperandosi per favorire l'accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche.
- tra gli adempimenti di trasparenza rientra inoltre la previsione dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

La Fondazione si è dotata di caselle istituzionali PEC ed é censita nell'IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni). Sulla home page del sito istituzionale vi è un'apposita sezione "Posta Elettronica Certificata" nella quale è pubblicato l'elenco delle caselle di posta elettronica certificata (PEC) attive presso la Fondazione, con l'indicazione specifica dell'indirizzo di ogni struttura.
L'istituto dell'accesso civico, come inizialmente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, è stato significativamente ampliato dal D.Lgs. n. 97/2016 che lo ha articolato in due fattispecie:

- accesso civico "semplice", preesistente all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 97/2016, concernente dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;
- accesso civico "generalizzato", introdotto con il DLgs. n. 97/2016, concernente invece dati, documenti e informazioni ulteriori non soggetti ad obbligo di pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (Freedom of Information Act) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D.Lgs. n.33/2013.
L'accesso può essere esercitato dal cittadino mediante un'istanza presentata facendo uso della modulistica predisposta dalla Fondazione, a seconda della tipologia di accesso, come previsto dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato della Fondazione pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione (Deliberazione C.d.A. n. 146F del 31 ottobre 2017)

Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

Particolarmente importante per l'Amministrazione è rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini e degli stakeholder (portatori di interessi) per poter effettuare scelte più consapevoli, corrette e mirate nello svolgimento dell'attività di aggiornamento del Piano.
Per soddisfare tale necessità è opportuno che la Fondazione raccolga i feedback dei cittadini e degli stakeholder circa il livello di utilizzo e di utilità dei dati pubblicati e i reclami su ritardi e inadempienze riscontrate ovvero sulla qualità delle informazioni pubblicate.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo della comunità e degli stakeholder, la Fondazione intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso:

modalità indirette:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- *customer satisfaction*: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente.
- da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività;

modalità dirette:

- le osservazioni pervenute all'esito della pubblicazione del PTPCT in consultazione.

4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 Il modello organizzativo

Il modello organizzativo dell'INT, in coerenza con le direttive regionali, evidenzia i rapporti esistenti tra Organi, Organismi, Strutture, Soggetti Istituzionali, Stakeholders etc. ed è così articolato:

- **Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica:** articolazioni aziendali alla diretta dipendenza della Direzione Strategica della quale, per disposizioni di legge o di provvedimenti regionali, costituiscono strumenti operativi diretti.
- **Dipartimenti** articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili. Hanno l'obiettivo di favorire la razionalizzazione, semplificazione e qualificazione delle attività, attraverso l'integrazione e il coordinamento delle funzioni, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei Dirigenti.
- **Strutture Complesse:** articolazioni aziendali dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico e in possesso di requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza. Sono caratterizzate dalla presenza di competenze professionali multiprofessionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari. Sono operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali.
- **Strutture Semplici:** articolazioni organizzative afferenti ad una SC o ad una Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite al Direttore sovraordinato.
- **Strutture Semplici Dipartimentali:** articolazioni organizzative afferenti gerarchicamente al Dipartimento e dotate di autonomia gestionale e organizzative e specificità professionale.
- **Incarichi professionali di altissima professionalità e specialità:** articolazioni funzionali che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.
- **Incarichi funzionali:** con rilevanza all'interno della Struttura di assegnazione, sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee, che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Il modello organizzativo dell'INT abbraccia la visione innovativa proposta dalla D.G.R. n. XI/6278/2022 che, pur mantenendo in vita la tradizionale relazione univoca verticale, valorizza l'importanza delle relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria e area amministrativa, al fine di garantire un costante raccordo tra gli ambiti di responsabilità delle Direzioni strategiche aziendali e di realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

4.2 Organigramma

4.2.1 La Direzione Strategica

DIRETTORE GENERALE

La Legge regionale di riforma n. 23/2015 all'art. 12, comma 1, indica, tra gli organi delle ATS, delle ASST e degli IRCCS di diritto pubblico, il Collegio di Direzione (CdD), il Collegio Sindacale (CS) e il Direttore Generale (DG), quale datore di lavoro a cui competono la gestione e l'organizzazione della Fondazione.
Il Direttore Generale è nominato dal Consiglio di Amministrazione, su indicazione del Presidente della Regione Lombardia, che lo individua fra persone estranee al Consiglio stesso, tra i soggetti idonei secondo le vigenti discipline nazionali e regionali.

Per lo svolgimento delle proprie attività di indirizzo programmatorio e gestionale il Direttore Generale si avvale della *Direzione Strategica*, del *Collegio di Direzione* e del supporto del *Nucleo di Valutazione*.
Al Direttore Generale afferiscono in staff Unità Organizzative e funzioni previste dalla linee guida POAS e dalla normativa vigente. Le ***unità organizzative*** sono rappresentate dalla SS ***Controllo di Gestione*** e dalla SC ***Sistemi Informativi***. In staff al Direttore Generale, inoltre, operano:

- ***Responsabili delle funzioni***: Prevenzione Corruzione e Trasparenza; Privacy e DPO; Internal Auditing;
- ***Uffici:*** Servizio Prevenzione e Protezione; URP e Customer Experience;
- ***Funzioni:*** Medico Autorizzato; Medico Competente;
- ***Organismi e Comitati:*** Ufficio Pubblica Tutela (UTP); Comitato Unico Garanzia (CUG); Comitato Coordinamento Controlli interni (CCCi).

DIRETTORE SCIENTIFICO

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica della Fondazione e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e la cui misura, in ogni caso, non può essere inferiore ai finanziamenti destinati alla Fondazione dal Ministero competente in materia di Sanità e da altri enti pubblici e privati per l'attività di ricerca. Coordina i piani di ricerca sulla base degli indirizzi dettati dal Ministero della Salute e tenendo conto della programmazione della ricerca scientifica.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo, che deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale di riferimento, è nominato dal Direttore Generale in base allo statuto della Fondazione, con la funzione di dirigere il settore amministrativo dell'azienda.

Dalla disposizione di legge ne deriva, dal punto di vista gestionale e organizzativo, che la direzione amministrativa garantisce, all'interno della Direzione Strategica e a supporto del Direttore Generale, l'affidabilità amministrativa, giuridica e contabile degli atti amministrativi che danno attuazione alle scelte e le decisioni strategiche e operative della gestione dell'ASST.

Il modello organizzativo proposto, quindi, prevede:

- un ruolo nuovo del direttore amministrativo all'interno della direzione strategica; infatti, all'interno dell'attuale contesto economico-sanitario e normativo, il direttore amministrativo, diviene sempre di più attore protagonista delle scelte strategiche dell'azienda per tradurle in strategie amministrative;
- una nuova organizzazione delle unità amministrative all'interno della tecnostruttura gestionale, dove i dirigenti e il personale amministrativo dovranno generare valore attraverso lo sviluppo di una cultura amministrativa improntata a proattività, presa in carico dei processi e problem soving.

Al Direttore Amministrativo afferisce gerarchicamente il Dipartimento Amministrativo e Tecnico e ha il compito del coordinamento delle *Segreterie di staff della Direzione Generale*.

DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario, che deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale di riferimento, è nominato dal Direttore Generale in base allo statuto della Fondazione, con la funzione di dirigere il settore sanitario dell'azienda. Il Direttore Sanitario in sintesi deve:

- coadiuvare il Direttore Generale nella responsabilità di garantire il coordinamento della gestione del polo ospedaliero;
- contribuire, essendo parte integrante della Direzione Strategica, alla realizzazione della mission e delle linee strategiche aziendali;
- dirigere, a livello strategico, i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolute dall'ordinamento, identificando ai fini programmatori la domanda di assistenza sanitaria e ospedaliera;
- svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi socio-sanitari e promuove l'integrazione dei servizi stessi;
- definire le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti, anche straordinari, contingibili e/o urgenti.

Il Direttore Sanitario, per esercitare il ruolo affidatogli dalla normativa e dal presente atto di indirizzo organizzativo, si avvale delle unità organizzative in staff e quelle all'interno della tecnostruttura gestionale.

4.2.2 I Dipartimenti

DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA

La mission è quella di:

- costruire i processi di cura, costantemente aggiornati, ispirandosi al principio di centralità del paziente e basandosi sempre sulla migliore evidenza scientifica disponibile;
- perseguire un modello assistenziale per intensità di cura, nel quale si gestiscano risorse umane e tecnologiche con modalità condivise, perseguendo anche l'ottimizzazione dei percorsi di cura, a partire dall'ambito del prericovero, e sviluppando le attività di Day Hospital chirurgico e di Week Surgery;
- I valori ed i principi che ispirano e guidano gli operatori sono:
- centralità della persona assistita con presa in carico globale in tutte le fasi della malattia;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo un adeguato ed appropriato utilizzo delle migliori tecniche diagnostiche e cure sistemiche/ radioterapiche e una stretta e precoce integrazione con i percorsi nutrizionali e le cure palliative ("simultaneous care") - approccio multidisciplinare agli aspetti clinici - sviluppo della ricerca clinica e traslazionale con rapido trasferimento ai pazienti - valorizzazione delle risorse umane;
- implementazione delle collaborazioni nazionali e internazionali;
- formazione continua del personale sanitario.

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA EMATOLOGIA

La mission è il raggiungimento dell'eccellenza nel campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle neoplasie ematologiche del paziente adulto, delle neoplasie solide ed ematologiche del bambino, e della medicina trasfusionale, attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale e lo sviluppo della ricerca clinico scientifica in un contesto di costante attenzione alla qualità del servizio erogato alle persone assistite.

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA AVANZATA E RADIOTERAPIA

Il Dipartimento è orientato alla implementazione del cosiddetto imaging biologico e all'impiego dell'imaging per la ottimizzazione della radioterapia. Nel Dipartimento vengono sviluppati nuovi radiofarmaci, che permettono sia la selettiva visualizzazione delle neoplasie che il loro trattamento, sia approcci di radioterapia metabolica. Le attività sono frutto di un'intensa collaborazione di numerosi esperti, che appartengono a diversi campi: radiologi, medici-nucleari, radioterapisti, oncologi, fisici, chimici, radiochimici, biologici, ingegneri, biometristi.

DIPARTIMENTO SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA

La mission del Dipartimento è quella di fornire il miglior supporto diagnostico, di prevenzione e trattamento per le complicanze cardiovascolari e respiratorie dei pazienti oncologici alle Strutture della Fondazione, e si declina con i termini di:

- competenza,
- tempestività,
- tecnologia,
- integrazione.

In un'era di "evidence-based medicine" il Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata rappresenta un'entità trasversale che costituisce un fondamentale step operativo di qualunque procedura medica o chirurgica.

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE

La mission è quella di riunire e integrare le competenze e gli obiettivi della ricerca genetica, immunologica, farmacologica e biologica in una coordinata e sinergica attività che, rispondendo a quesiti clinici e della ricerca di base, contribuisce al costante miglioramento della cura del paziente oncologico e della salute delle popolazioni. Le strutture afferenti al Dipartimento, pur preservando il proprio patrimonio di conoscenze e specifiche competenze, sono chiamate a partecipare ad attività congiunte di ricerca oncologica multidisciplinare e trasversale nonché bi-direzionale tra laboratorio sperimentale e paziente, per promuovere il trasferimento dei risultati della ricerca di base e pre-clinica nell'attività di diagnosi e cura, e rispondere a quesiti clinici che richiedono una ricerca dedicata a comprendere meccanismi fisiopatologici e proporre soluzioni innovative al problema.

DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE

La mission è quella di riunire e integrare le competenze e gli obiettivi della ricerca epidemiologica e biostatistica con i nuovi approcci di bioinformatica, che, con modelli computazionali, sappiano interpretare i "big data" generati dagli studi omici (genoma, trascrittoma, microbioma, metaboloma, radioma, etc). Le strutture afferenti al Dipartimento, per le specifiche competenze, sono chiamate a partecipare e integrare le attività di ricerca sperimentale e clinica, attraverso l'indagine epidemiologica, l'analisi dei risultati e della qualità dei dati, e l'interpretazione delle informazioni numeriche generate dalle nuove tecniche di analisi col supporto di metodologie innovative, mediante un approccio multidisciplinare e integrato da competenze matematiche, fisiche, biologiche e computazionali.

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO

La mission del Dipartimento consiste nel coordinare le attività amministrative e tecniche e di concorrere al raggiungimento degli obiettivi strategici ed organizzativi definiti in sede di programmazione, attivando le procedure e rendendo disponibili gli strumenti operativi e gestionali a supporto dell'attività dell'intero Istituto. Il Dipartimento eroga, oltre ai servizi amministrativi e generali all'attività sanitaria e a quella scientifica, i servizi di accoglienza dell'utenza, l'acquisizione delle risorse economiche, finanziarie e di beni e servizi, nonché agevola la condivisione e l'integrazione dei processi di acquisizione delle risorse umane, della

loro formazione e della loro valutazione. Individua, inoltre, le linee guida per l'ottimizzazione dell'attività e l'omogeneizzazione dei procedimenti amministrativi.
Il Dipartimento eroga servizi tecnici e di supporto alle attività sanitarie e scientifiche dell'IRCCS, con funzione di coordinamento dell'attività, oltre che strumento di condivisione ed integrazione di know-how. Individua le linee guida per l'ottimizzazione l'attività di supporto e di servizio alle strutture sanitarie ed amministrative, dei lavori e delle concessioni, della cura e valorizzazione dei beni patrimoniali disponibili e indisponibili della Fondazione IRCCS, d'implementazione, sviluppo e innovazione dei servizi informativi e informatici.

Si segnala, inoltre, **la partecipazione dell'INT a 3 Dipartimenti Funzionali Interaziendali della Città di Milano**:
1. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Medicina Trasfusionale (DMTE)**, con Capofila ASST GOM Niguarda;
2. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Cure Palliative**, con Capofila ASST Fatebenefratelli Sacco;
3. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Medicina Nucleare**, con Capofila ASST GOM Niguarda.

4.2.3 Le Unità Organizzative

Staff **Direttore Generale**

Struttura e Funzioni	Tipo
Sistemi Informativi	Struttura Complessa
Controllo di Gestione	Struttura Semplice
URP	Ufficio
Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Ufficio
Trasparenza e Anticorruzione	Responsabile
Internal Auditing – Sistemi di Controlli Interni	Responsabile
Privacy e DPO	Responsabile
Ufficio Pubblica Tutela	Referente
Medico competente e Attività di Sorveglianza sanitaria	Funzione
Funzioni di culto	
CUG	
CCCI	

Staff **Direttore Scientifico**

Struttura	Tipo
Clinical Trial Center	Struttura Semplice
Trasferimento Tecnologico (TTO)	Struttura Semplice
Grant Office e Servizi alla Ricerca	Struttura Semplice

Staff **Direttore Sanitario**

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Direzione Medica di Presidio	Accreditamento e Certificazioni Internazionali
Direzione Professioni Sanitarie	
Ingegneria Clinica	
Farmacia Ospedaliera	Centrale preparazioni farmaci
	Farmaeconomia e acquisti

Qualità e Risk Management	
	Nutrizione Clinica
	Gestione Operativa

i Dipartimenti Gestionali:

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

Struttura	Tipo
Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Struttura Complessa
Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Struttura Complessa
Gestione Acquisti	Struttura Complessa
Affari Generali e Legali	Struttura Complessa
Accoglienza - CUP e Libera Professione	Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale	Struttura Complessa

Dipartimento Chirurgia Oncologica

Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Generale Oncologica 6 – Oncologia Pediatrica	
Laser Terapia	
Day Surgery Oncologico	
Strutture Complesse	**Strutture Semplici**
Chirurgia Generale Oncologica 1 – Epato-gastro-pancreatica	Trapianti di fegato
Chirurgia Generale Oncologica 2 - Colonretto	Tumori Ereditari Apparato Digerente
	Tumori Peritoneali
Chirurgia Generale Oncologica 3 – Senologia	Senologia Chirurgica Integrata
Chirurgia Generale Oncologica 4 - Melanomi	Chirurgia Oncologica oculare
Chirurgia Generale Oncologica 7 – Sarcomi	
Chirurgia Plastica	
Chirurgia Toracica	
Ginecologia Oncologica	
Otorinolaringoiatria Oncologica	Chirurgia Maxillo Facciale
Urologia Oncologica	Tumori Pene e Testicolo
Anestesia Rianimazione	Anestesia e Blocco Operatorio
	Terapia Intensiva

Dipartimento Oncologia ed Ematologia

Strutture Semplici Dipartimentali	
Genetica Medica	
Oncologia Medica 4 – Cure supporto internistico e geriatrico	
Day Hospital Oncologico	
Oncologia Medica Genitourinaria	
Farmacologia Clinica	
Strutture Complesse	**Strutture Semplici**
Cure Palliative - Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione	

Ematologia	
Oncologia Medica 1	Oncologia Medica Gastroenterologica
	Oncologia Medica Toracopolmonare
	Oncologia Medica Melanomi
	Oncologia Medica Senologica
	Immunoterapia Clinica dei Tumori e Terapie Innovative
Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari	
Oncologia Medica 3 - Tumori Testa Collo	
Oncologia pediatrica	

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Fisica Sanitaria	Radioprotezione
Medicina Nucleare	Diagnostica PET
	Terapia Medico Nucleare
Radiologia Diagnostica e Interventistica	Ecografia Interventistica
	Radiologia Senologica
	Interventistica Oncologica
	Diagnostica Oncologica Muscolo Scheletrica
	Diagnostica Oncologica Pediatrica
Radioterapia	Radioterapia Tumori Mammella
	Radioterapia Tumori Genitourinari
	Radioterapia Pediatrica

Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata

Strutture Semplici Dipartimentali	
Psicologia Clinica	
Pneumologia	
Biobanca	
Strutture Complesse	**Strutture Semplici**
Anatomia Patologica 1	Digital Pathology
Anatomia Patologica 2	Emopatologia Molecolare
	Diagnostica e Ricerca Molecolare
	Tumori dei Tessuti Molli
Cardiologia	
Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	
Medicina di laboratorio	
Servizio Immunoematologia Trasfusionale (SIMT)	

Dipartimento Oncologia Sperimentale

Strutture Semplici Dipartimentali	
Immunologia Traslazionale	
Stabulario	
Biologia Integrata Tumori Rari	
Ricerca Nutrizionale e Metabolomica	
Medicina Predittiva Basi Molecolari e Rischio Genetico	
Strutture Complesse	**Strutture Semplici**
Farmacologia Molecolare	
Epigenomica e Biomarcatori dei Tumori Solidi	Epigenomica Molecolare
Immunologia Molecolare	Microambiente e Biomarcatori Tumori Solidi

Dipartimento Epidemiologia e Data Science

Strutture Semplici Dipartimentali	
Epidemiologia Valutativa	
Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario	
Strutture Complesse	**Strutture Semplici**
Data Science	Bioinformatica e Biostatistica
	Biostatistica per la Ricerca Clinica
Epidemiologia e Prevenzione	Registro Tumori
	Epidemiologia Ambientale

4.3 I livelli di responsabilità

Il sistema degli incarichi di posizione dirigenziale, realizzato in Fondazione nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è:

- volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti;
- funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

Il conferimento delle deleghe si basa su criteri che, coerentemente con l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale introdotto dalla legge regionale e con il modello organizzativo a matrice del POAS, identificano nei dirigenti dello staff della Direzione Strategica e delle line la responsabilità nelle fasi di attuazione delle politiche gestionali dell'IRCCS, nell'ottica dell'integrazione e del graduale superamento di un modello gerarchico/funzionale.
La Direzione Strategica assume unitariamente la responsabilità di indirizzo generale e di controllo/supervisione e si avvale per la gestione dell'Istituto di uno staff che incorpora e fonde diverse competenze, riorganizzate in aree di bisogno gestionale, per favorire il "governo" delle attività per processo.

Tutti gli incarichi, sia di natura gestionale sia di natura professionale, nonché quelli di responsabile di incarico funzionale, saranno attribuiti, con provvedimento motivato, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, dal CCNL, dagli accordi decentrati e dalla regolamentazione aziendale.

Ai sensi del CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità, la disciplina riferita agli incarichi di coordinamento e di Posizioni Organizzative, che potrebbe essere modificata con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 2019-2021, è confluita in quella degli incarichi di funzione.

In particolar modo, l'art. 14 del CCNL ha istituito, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale,

demandando alle singole realtà il compito di definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel CCNL stesso;

La mappatura degli incarichi di funzione specifica, per ciascun incarico, la denominazione, la tipologia, la Direzione/Dipartimento di afferenza e l'afferenza gerarchica/struttura.
L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione come scaturente dal POAS.
Completano, infine, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti e delle strutture gli *incarichi professionali di alta specialità*, che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, e da *incarichi funzionali, con* rilevanza all'interno della struttura di assegnazione per la loro competenza specialistico-funzionale.

4.4 Il Piano triennale dei fabbisogni del personale

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano **il piano triennale dei fabbisogni di personale**, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, Regione Lombardia ha provveduto, con D.G.R. n. XI/5658 del 30/11/2021, ad individuare i criteri e le procedure per la redazione dei Piani triennali di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e, in particolare:

- sono stati approvati i criteri per la redazione dei piani triennali di fabbisogno per il triennio 2021–2023 di cui all'Allegato A della DGR stessa;
- è stato approvato il format del PTFP di cui all'Allegato B, della DGR stessa;
- è stato richiesto a questa Fondazione di trasmettere alla DG Welfare entro il 28/12/2021 il Piano Triennale dei Fabbisogni 2021-2023, adottato dalla medesima, per le opportune verifiche e la successiva approvazione.

Sulla base della disciplina nazionale e delle disposizioni regionali, la Fondazione, con Ordinanza Presidenziale 21 dicembre 2021, n. 1OP, ratificata dal Consiglio di Amministrazione con Deliberazione 27 gennaio 2022, n. 5F, ha adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2021 – 2023, successivamente trasmesso a Regione Lombardia attraverso il portale di governo regionale.

Il contenuto del Piano triennale dei fabbisogni di personale della Fondazione è di seguito sintetizzato: I contingenti dell'annualità 2021 (fabbisogno e dotazione organica) sono in linea - come richiesto da Regione Lombardia con la D.G.R. citata - con i dati inseriti per tale annualità nel PTFP 2020-2022 approvato con D.G.R. 3 maggio 2021, n. XI/4636 e adottato in via definitiva con Decreto del Presidente della Fondazione 12 maggio 2021, n. 44DP. Più precisamente, si registra una lieve riduzione del dato complessivo del fabbisogno misurato in FTE del personale dipendente nella sezione ordinaria (nuovo anno 2021: 1.483,5, rispetto a 1.506,9 nel precedente PTFP 2020 – 2022), mentre nell'anno 2022 i dati tornano ad essere compensati (FTE 1.506,9 per il personale dipendente), fermo restando che i contingenti definitivi dell'anno 2021, di cui al PTFP qui in esame, sono superiori di 10 FTE (personale dipendente, sezione ordinaria) a quelli definitivi dell'anno 2020, approvati nel precedente PTFP.

Le annualità 2022 e 2023 rappresentano, infine, una mera trasposizione di quanto programmato per l'anno 2022 nel precedente PTFP, in attesa di procedere al dovuto aggiornamento in sede di Piano 2022-2024, a seguito della sopra menzionata approvazione del progetto di Legge regionale n. 187.

Il PTFP è rappresentabile, per quanto attiene alla Dotazione organica 2022, con la seguente tabella:

DOTAZIONE ORGANICA 2022		RUOLO	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui ADI (DL 34art.1)	di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	di cui RICERCA
1	DIRIGENZA MEDICA	S	290	-	-	2	4
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	66	-	-	-	23
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	2	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	5	-	-	-	2
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	5	-	-	-	1
TOTALE DIRIGENZA			372	-	-	2	29
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	464	6	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	183	-	-	-	1
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	3	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	18	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	2	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	131	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	163	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	270	-	-	-	6
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	308	-	-	-	308
TOTALE COMPARTO			1.542	6	-	6	308
TOTALE COMPLESSIVO			1.914	6	-	8	337

La Fondazione, in quanto Ente pubblico, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezione pubbliche, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 487/1994 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"
- DPR 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"
- DPR 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi ed avvisi pubblici, la Fondazione, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e c.d. "stabilizzazione" ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.).

4.4.1 La formazione e lo sviluppo delle competenze

La Fondazione, dal 2005 (anno di istituzione dell'accreditamento regionale), è Provider di Regione Lombardia per l'Educazione Continua in Medicina- *Continuous Professional Development* (ECM-CPD) e Certificata UNI EN ISO 9011 per il settore EA 37 "Istruzione". Tramite il Piano di Formazione Aziendale (PFA) definisce l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale. La formazione aziendale proposta con il PFA 2022, progettato coerentemente con la normativa vigente a livello regionale (Decreto DGW n. 18429 del 23/12/2021) e con le fasi metodologiche del processo formativo. Costituisce una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione o al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato. Il piano è comprensivo anche di eventi non ECM che risultano necessari al perseguimento della mission della Fondazione.

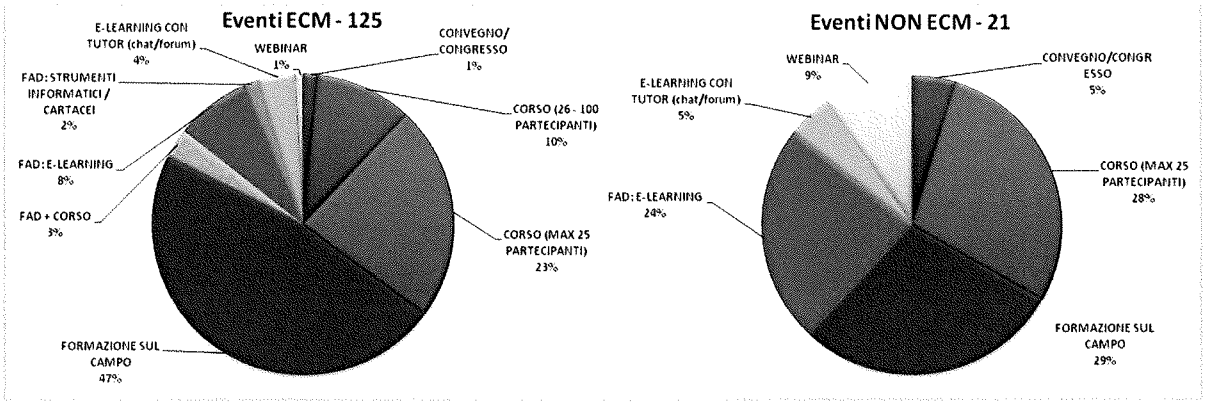
Gli obiettivi aziendali che, nel triennio 2022-2024, necessitano di supporto formativo sono:

- sostenere la cultura della legalità, qualità, sicurezza e gestione del rischio, sulla base dei riferimenti normativi per l'anticorruzione, la salute e sicurezza del lavoro, la qualità e sicurezza del paziente, la protezione dei dati personali e la cybersecurity, tramite metodi e strumenti validati a livello internazionale e nazionale;
- sviluppare capacità di progettazione e monitoraggio dei processi, dei setting produttivi e delle forniture, a supporto di un'organizzazione che valorizza la trasversalità, le relazioni tra le parti, i risultati e outcome di processo;
- assicurare, tramite la matrice progettuale e-Health e lo sviluppo delle competenze digitali del personale, la trasformazione digitale in riferimento a:
  - indirizzi del "Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2021-2023
  - componenti, riforme e investimenti della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-2026
- promuovere la capacità di relazione e di comunicazione interna ed esterna, con i colleghi e con gli utenti, favorendo un clima di fiducia nell'organizzazione;

- sostenere la qualità della ricerca scientifica diffondendo le conoscenze e abilità sul quadro regolatorio (Good Clinical Practice, Regolamento Europeo sulle sperimentazioni), sulla stesura di progetti scientifici e sulla gestione della comunicazione scientifica;
- assicurare il cambiamento previsto dall'evoluzione delle norme legislative nazionali e locali per i processi di natura amministrativa.

Sulla base di questi obiettivi, il bimestre finale di ogni annualità è dedicato all'analisi del fabbisogno formativo, in considerazione delle esigenze emergenti dal contesto, delle cogenze legislative, delle responsabilità e capacità professionali e manageriali previste dai profili, posizioni e incarichi del personale.
Le opportunità che soddisfano i bisogni di formazione e che favoriscono la realizzazione degli obiettivi dell'Ente sono distinguibili in:

- Attività fruibili in sede, che nel PFA 2022 sono pari a 146 eventi, distribuiti nelle tipologie residenziale (Convegni, Corsi), on the job (formazione sul campo) e a distanza (FAD).



Tale attività formativa ha un potenziale totale di:

- 14.360 posti disponibili di cui 12.940 in eventi accreditati ECM
- 80.271 ore di formazione erogabili di cui 73.989 in eventi accreditati ECM
- 71.429 crediti ECM minimi erogabili.

- Attività fruibili all'esterno della Fondazione

  In questo contesto, INT aderisce a:
  - CERISMAS, Centro di ricerche e studi in management sanitario - Università Cattolica del Sacro Cuore, con la partecipazione a due Community di pratica (Formazione e controller) e alla formazione in ambito ammnistrativo e gestionale;
  - NETWORK JOINT COMMISSION, per la formazione in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti;
  - PROGRAMMA VALORE PA, promosso dall'INPS, con particolare riferimento alla formazione avanzata nella lingua inglese;
  - PROGETTO SYLLABUS, programma e-learning del Dipartimento della Funzione pubblica per l'assessment e la formazione digitale dei dipendenti pubblici nell'ambito del Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese".

Anche nel corso del 2022, il Piano è via via tradotto nei singoli programmi degli eventi, elaborati in co-progettazione tra gli esperti del processo e delle metodiche didattiche del settore formazione e i responsabili scientifici esperti della materia. I programmi formativi sono divulgati tramite:

- canali differenziati a seconda della platea interessata (Portale del dipendente, sito della Fondazione, maling list dedicate).
- rete INTranet: http://intranet/INTranet/intranet/DirStrategica/formazione/principale.asp?ctrl=elenco

FORMAZIONE AZIENDALE

EVENTI FORMATIVI PIANIFICATI

- Piano di Formazione Aziendale ed Elenco eventi formativi pianificati

MODULO EASYROOM – PRENOTAZIONE ONLINE AULE DIDATTICHE

- Accedi a EasyRoom

ARCHIVIO EVENTI FORMATIVI

- Archivio eventi formativi

Il PFA è monitorato trimestralmente con indicatori di efficienza (% di realizzazione degli eventi pianificati) e di efficacia (qualità percepita complessiva della formazione erogata). Le iniziative che si svolgono in sede vengono valutate in merito a:

- apprendimento, tramite la verifica dei contenuti e delle tematiche principali dell'evento
- qualità percepita dai partecipanti in merito alla progettazione, docenza, didattica, organizzazione, soddisfazione complessiva:
- ricaduta organizzativa, tramite indicatori di processo e risultati previsti dai progetti aziendali.

Le modalità valutative citate permettono di misurare l'efficacia della formazione aziendale: l'analisi dei dati raccolti permette di riesaminare le iniziative, perfezionare strumenti, metodi e contenuti, mantenere il PFA aderente alle necessità dell'azienda e del professionista.
Il personale destinatario delle attività formative 2022 è rappresentato da tutti i professionisti del ruolo sanitario, sia dirigenti che comparto e dal personale non compreso nelle categorie ECM, come specificato nella tabella di seguito riportata.

TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA ECM	TOTALE
Medico chirurgo	384
Sanitario (biologo, farmacista, fisico, psicologo....)	187
Specializzando medico / sanitario	161
Fisioterapista	16
Infermiere	468
Infermiere pediatrico	9
Tec. san. laboratorio biomedico	107
Tec. san. radiologia medica	67
Altri professionisti ecm del comparto	
TOTALE	1.408

TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA NON ECM	TOTALE
Altro professionista sanitario	79
OTA / OSS	161
Dirigente amministrativo	6
Personale amministrativo	308
Altro personale amministrativo	38
Dirigente professionale tecnico	9
Personale professionale tecnico	140
Altro personale professionale tecnico	25
TOTALE	766

4.5 Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo.

Nello specifico, le Azioni positive identificate al suo interno costituiscono misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Al fine di misurare lo stato di salute dell'organizzazione aziendale e il grado di soddisfazione e motivazione del personale, a seguito dell'emergenza sanitaria COVID 19, è stato riformulato in Fondazione un apposito Gruppo di Lavoro Clima organizzativo e argomenti correlati che si è prefissato di agire in merito alle seguenti tematiche:

- rivalutazione del documento stress lavoro correlato (SLC) mediante nuova indagine;
- elaborazione di specifica procedura per la gestione degli atti di violenza a danno del personale;
- promozione di un clima positivo finalizzato alla valorizzazione delle risorse e quindi al miglioramento della performance complessiva dell'azienda.

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

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

L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa. Per il Comparto l'organismo è stato costituito con determinazione DG n. 425 del 18/10/2019 - Per la Dirigenza con determinazione DG n. 560 del 23/12/2020. Entrambi i provvedimenti sono in corso di aggiornamento per la composizione.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), ricostituito in Fondazione con determinazione n. 25RU del 22/2/2022 svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Inoltre l'adozione del "Gender Equality Plan" pubblicato sul sito internet nella sezione RICERCA al link https://www.istitutotumori.mi.it/gender-equality-plan1 conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari. Tale documento che è oggetto di aggiornamento annuale con i dati relativi al personale della Fondazione suddiviso per genere, dovrà essere integrato con "azioni positive" proposte dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) e dalla DSC (parità di genere nella ricerca/medicina di genere), definendo obiettivi e monitorandone il raggiungimento attraverso adeguati indicatori.

Di seguito si descrivono alcune azioni che a livello più o meno "embrionale" sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2022- 2024.

AZIONE 1 Attivazione comunicazione finalizzata alla divulgazione delle informazioni di base e di dettaglio relative al tema dello stress correlato al lavoro.

Promozione e sensibilizzazione di tutto il personale della Fondazione alla partecipazione all'indagine SLC attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti per la Sicurezza, dei Preposti e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza al fine di ottenere una risposta il più possibile rappresentativa.

Solo con una fotografia chiara in merito alla percezione che il personale ha rispetto al proprio lavoro, sarà possibile intraprendere una serie di azioni mirate volte a migliorare i fattori che a vario titolo possono incidere sulla soddisfazione del lavoratore ovvero: chiarezza dei compiti, riconoscimento dei meriti, senso di appartenenza, fiducia e coinvolgimento, pari opportunità, opportunità di crescita e possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati, capacità di creare un lavoro di squadra tra i dipendenti ecc...

AZIONE 2 Promozione della collaborazione tra Organi Istituzionali e non

Promuovere l'interazione tra CUG, gruppi di lavoro, Organi Paritetici sindacali, RLS, e altro personale che può contribuire in tema:

- di pari opportunità;
- di benessere organizzativo;
- di discriminazioni a vario titolo;
- di mobbing;
- di molestie;
- di violenze e aggressioni;
- di contrasto alle discriminazioni.

AZIONE 3 Attività di formazione/informazione

Promozione dell'informazione al fine di sviluppare conoscenze specifiche sul ruolo e sull'attività del CUG e gruppi di lavoro, Organi Paritetici sindacali, RLS ecc..

Programmazione e/o sviluppo di eventi formativi rivolti al personale della Fondazione in merito alle seguenti tematiche: tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti, stress lavoro correlato, accoglienza del paziente straniero, clima organizzativo.

Miglioramento della comunicazione interna attraverso gli spazi dedicati sulla pagina INTranet aziendale, http://intranet/INTranet/intranet/salute_dipendenti/default.asp

AZIONE 4 Promozione del benessere organizzativo

Promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione mediante:

- eventi formativi dedicati;
- organizzazione di un video di accoglienza e di presentazione per il nuovo personale in ingresso da parte della Direzione aziendale;
- implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, ecc..);
- incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell'ambito lavorativo, laddove necessario;
- campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute.

AZIONE 5 Conciliazione vita lavorativa e vita familiare

Individuazione di soluzioni che conciliano l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

- Promozione del lavoro agile
- Installazione locker amazon (soluzione già realizzata)

- Collaborazione con il Circolo Ricreativo Aziendale per attivazione iniziative sia interne che esterne alla Fondazione (convenzioni, corsi per promuovere l'attività fisica ecc..)

4.6 L'organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il "lavoro agile" come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti".
L'attuale quadro normativo interviene sulla materia, prevedendo per le pubbliche amministrazioni apposite misure che, anche al fine di verificare gli effetti delle politiche pubbliche, richiedono un apposito monitoraggio.
Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).
Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.
Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce 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.

Contesto attuale

Presso la Fondazione si è ricorso in maniera massiva al lavoro agile, per quelle attività perlopiù tecnico – amministrative che possono essere svolte in maniera proficua, anche non in presenza, in occasione dell'evento pandemico da SARS-COV19, in coerenza con le disposizioni regionali e statali collegate al rafforzamento delle misure per il contenimento della malattia infettiva diffusiva COVID -19, emanate tra il 21 ed il 25 febbraio 2020, ed in particolare l'art. 2 del DPCM 25 febbraio 2020 rubricato "Lavoro Agile" che ha previsto l'applicabilità *della modalità di lavoro agile disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, in via provvisoria, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti.*
Con Circolare 4/3/2020, in merito alla regolamentazione per l'attivazione temporanea ed eccezionale del lavoro agile in occasione dell'emergenza, si è quindi provveduto ad attivare - su base volontaria e subordinatamente al parere favorevole del Direttore della struttura di afferenza – lo *smart working* come modalità di lavoro agile, compatibilmente con le esigenze di servizio, privilegiando in prima battuta:

- I dipendenti portatori di patologie che li rendono maggiormente esposti al contagio;
- i dipendenti su cui grava la cura dei figli minori a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi dell'asilo nido, della scuola dell'infanzia e primaria;
- i dipendenti che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa.

Successivamente, coerentemente con le disposizioni di urgenza via via emanate, è stato autorizzato il lavoro agile in tutti i casi in cui ne è stata verificata la possibilità in relazione alle attività da svolgere e all'organizzazione dei servizi.
Quanto precede nelle more della definizione dell'atto aziendale in materia.

La suddetta Circolare, unitamente agli allegati (fac simile domanda, informativa sulla salute e sicurezza, di cui all'art. 22, co. 1, L. 22 maggio 2017, n. 81) è stata inviata via mail a tutto il personale.
Dette modalità di svolgimento delle prestazioni lavorative non hanno comportato difficoltà nello svolgimento dell'attività ordinaria e, in particolare, di tutte le attività connesse alle specifiche esigenze dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
Ove non sia stato possibile organizzare i servizi con modalità di lavoro agile, sono state adottate misure di rotazione del personale nei servizi ove ciò è fattibile, fruizione di congedi, ferie pregresse e recupero ore.
Con l'emanazione del DPCM del 23 settembre 2021, è venuto a cessare l'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contrasto al fenomeno epidemiologico; infatti all'art. 1 viene stabilito che: "*a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165 è quella svolta in presenza*". Di conseguenza, la Fondazione ha ripristinato la modalità di lavoro in presenza per tutto il personale.
Successivamente, in considerazione dell'acuirsi dei contagi, e vista la proroga dello stato di emergenza al 31 marzo 2022, si è ritenuto opportuno adottare alcune misure organizzative eccezionali e temporanee per garantire il proseguimento delle attività istituzionali della Fondazione.
La Circolare 5/01/2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha, tra l'altro, riproposto la necessità di utilizzare ogni strumento utile a diminuire le possibilità del diffondersi del virus, utilizzando ove possibile in forma di massima flessibilità il lavoro agile, precisando che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nella normativa e nelle linee guida sullo smart working può essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile.
Pertanto, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile nei regolamenti aziendali, e comunque fino al termine dello stato di emergenza sopra indicato, è stata ripristinata la modalità di lavoro agile, come segue.
La presenza del personale nei luoghi di lavoro è stata richiesta per tutte le attività non eseguibili in smart working, mentre per le sole prestazioni per cui si può ricorrere a tale modalità di lavoro agile sono stati invitati i Direttori/Responsabili a mantenere in presenza un contingente minimo, prevedendo la rotazione di detto personale, e in modo tale da garantire settimanalmente almeno 3 giorni di rientro in presenza.
A titolo esemplificativo e non esaustivo non sono state considerate attività eseguibili in smart working, oltre alle attività clinico-sanitarie e di ricerca, le attività di front office, le attività che prevedono uscite in reperibilità e quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili (es. laboratori).
È stata confermata la responsabilità dei dirigenti in merito alla vigilanza sull'attività svolta in smart working dai propri collaboratori, con rendicontazione puntuale delle attività svolte per tutta la durata del periodo in smart working.
Nel predisporre il piano di rotazione, i Direttori/Responsabili hanno infine assicurato il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi.
Si è tenuto conto altresì dei tempi e mezzi di percorrenza casa-lavoro, assicurando principalmente le richieste di (senza alcun ordine di priorità):

- dipendenti in quarantena in quanto contatti stretti di positivo per la durata della quarantena;
- dipendenti genitori di figli minori fino a 14 anni compiuti, in caso di chiusura della scuola/classe per motivi legati alla pandemia;
- dipendenti in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita. Tra i lavoratori fragili sono ricompresi anche i lavoratori in

possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992).

Al termine del periodo di efficacia della predetta direttiva (31/03/2022), è stato comunicato a tutto il personale della Fondazione che, essendo terminato lo stato di emergenza ed in assenza di proroghe disposte dal recente D.L. n. 24/2022, dal 01/04/2022 è stato ristabilito il lavoro in presenza, nelle more della regolamentazione del lavoro agile, anche alla luce delle disposizioni che saranno dettate dai rinnovi dei CCNL di categoria.

Impegni operativi

Con la sottoscrizione dell'ipotesi di CCNL Comparto del 15/06/2022, viene ribadito che il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro. Vengono quindi disciplinate le modalità di accesso al lavoro agile, i contenuti dell'accordo individuale, l'articolazione della prestazione in modalità agile, il diritto alla disconnessione e la formazione, nonché altre forma di lavoro da remoto, ad es. il telelavoro domiciliare, già oggetto di specifica progettualità presso la Fondazione.

Pertanto, per l'anno 2022, si intende predisporre il POLA della Fondazione, in coerenza con le disposizioni del CCNL e previo confronto sindacale sui criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi. Si intende altresì introdurre questa modalità di lavoro in maniera graduale, definendo gli indicatori di performance ed effettuando periodicamente un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dallo smart worker e dai Dirigenti responsabili per verificare l'andamento dell'attività in "smart working" e proporre eventuali azioni correttive.

Il POLA dovrà definire:

1. Finalità e Obiettivi dell'adozione dello Smart Working
2. Campo di Applicazione: quali lavoratori e quali mansioni
3. Modalità di accesso allo Smart Working
4. Strumenti di Lavoro
5. Ambiente di Lavoro e Sicurezza
6. Indicazione Temporale della prestazione in Smart Working
7. Canali di comunicazione
8. Sicurezza informatica e riservatezza
9. Durata Revoca e Recesso dell'accordo individuale
10. Diritti e Doveri del Lavoratore (compreso il diritto alla Disconnessione)
11. Verifica e Valutazione dell'attività svolta

Per gli anni 2023 e 2024 si intende dare corso all'aggiornamento del POLA, alla raccolta dei dati di performance e degli esiti dei monitoraggi sull'andamento.

5. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti sono svolte dai competenti uffici dell'INT, ed in particolare:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Direzione Strategica
2. Performance – SS Controllo di Gestione
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
4. Lavoro Agile – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
6. Piano delle Azioni Positive – SC Qualità e Risk Management.

I programmi strategici – Overview

INT E LA QUALITA'

1. Programmi E-Health
2. Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (OECI)
3. Audit clinici dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

INT E LA CURA DEI PAZIENTI

1. Attività diagnostica multidisciplinare
2. Revisione dei percorsi di accesso e accoglienza

INT EFFICIENTE

1. Programma Triennale per la prevenzione della corruzione
2. Ammodernamento tecnologico e strutturale

INT E LA RICERCA - INNOVAZIONE

1. Linea 1: Prevenzione
2. Linea 2: Medicina di precisione
3. Linea 3: Innovazione

Programma Strategico – PROGRAMMA E-HEALTH: Implementazione sistema elimina code CUP Pediatrico, Attivazione servizi di Telemedicina, eProms e Eprems: dare voce al paziente.

L'INT e la qualità

INT e la cura dei pazienti

Nell'ottica di fornire sempre più servizi per il paziente e per il cittadino, il progetto si propone di:

- Implementare un sistema eliminacode per le chiamate al CUP Pediatrico e negli ambulatori di pediatria;
- Implementazione servizi a sostegno della Telemedicina;

Implementazione nuove funzionalità del sistema di raccolta degli ePROMs ed ePREMs: possibilità di compilazione al di fuori della rete INT, realizzazione dell'interfaccia personalizzata per il paziente

INT efficiente

INT e la ricerca e innovazione

Ambiti di misurazione	Indicatore	Indice	2022-2024
Acquisizione e installazione sistema elimina code per Pediatria	Data di avvio in produzione		Entro 2022
Implementazione servizi per la Telemedicina	Data di avvio in produzione		Entro 2022
ePROMs ed ePREMs: dare voce al paziente	Data di avvio in produzione		Realizzazione entro 2022 Finalizzazione e diffusione entro 2023

Programma Strategico – IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO QUALITATIVO EUROPEO DEGLI ISTITUTI ONCOLOGICI

Descrizione del Progetto: miglioramento continuo della qualità della cura in oncologia, in riferimento alla ricerca, assistenza e formazione, applicando gli standard di Accreditamento Europeo per gli IRCCS (Comprehensive Cancer Center) certificato da OECI (*Organisation European Cancer Insititues*).

L'INT e la qualità

Fasi del progetto:

1. Valutazione, da parte degli auditor europei OECI, del livello qualitativo raggiunto per 272 standard qualitativi , relativi alle aree di Management, prevenzione, cura, ricerca, formazione e coinvolgimento del paziente (score di valutazione = si, spesso, parzialmente, no).

INT e la cura dei pazienti

2. Sviluppo e monitoraggio del piano di miglioramento continuo, tramite azioni annuali.

RISULTATO: Raggiungimento dello score «SI» e «Spesso», per il 90% dei 272 standard OECI

INT efficiente

Indicatori di risultato	*Formula*	Stato 2021	2022	OBJ 2023- 24
% Aderenza agli standard qualitativi: >= 95 % entro 2025	Standard OECI con score YES / totale standard OECI	249 Yes e Mostly/272 standard (92 %)	Mantenimento (92 %)	Incremento 2023 -94% 2024–95%

Programma Strategico – AUDIT CLINICI DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA).

Descrizione del Progetto: monitorare l'attuazione dei PDTA con la verifica di indicatori di processo e di esito.

Fasi del progetto:
Consolidamento dell' Audit clinico per il PDTA della mammella, con reporting alle direzioni e sviluppo delle azioni di miglioramento

RISULATO: Appropriatezza dei percorsi clinici della Fondazione in base al benchmark regionale (indicatori di processo)

Indicatori di risultato	Stato Dic 2021	OBJ dic. 2022	OBJ 2023 -24
- % nuovi casi sottoposti a chirurgia con tecnica del linfonodo sentinella ≥ alla media Regionale	INT: 91,74% Media Regione: 84,24%	mantenimento	mantenimento
- % casi sottoposti a chirurgia radicale che effettuano ricostruzione della mammella ≥ alla media Regionale	INT: 79,80% Media Regione: 80.37%	miglioramento	miglioramento

Programma Strategico – ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI FACILITATA E PROTETTA

Destinatari: pazienti

	Indicatori	Formula	Indice	Legenda cronoprogramma		
L'INT e la qualità	Progetti attivati	Progetti Realizzati/Progetti programmati	Trend in aumento	Progettazione e avvio	Implementazione	Consolidamento

Facilitazione e semplificazione dell'accesso ai servizi

	Fase	2019	2020	2021	2022
INT e la cura dei pazienti	Conferenze educative dedicate alla cura e all'empowerment dei pazienti e all'accesso ai servizi		Consolidamento		
INT efficiente	Potenziamento degli strumenti digitali rivolti al paziente di orientamento e accessibilità ai servizi		Progettazione	Implementazione	Consolidamento
INT e la ricerca e innovazione	Avvio di servizi di Telemedicina per migliorare i percorsi di cura e facilitare l'accessibilità a seguito dell'emergenza COVID-19		Progettazione	Implementazione	Consolidamento

Programma Strategico – AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO E STRUTTURALE

Destinatari: strutture sanitarie

	Indicatori	*Formula*	Indice	Stato 2022	Target 2023-2024
L'INT e la qualità	Realizzazione opere previste nel Piano Investimenti	Opere realizzate/opere previste	Trend in aumento	Analisi dei fabbisogni e approvazione piano	Realizzazione Interventi
INT e la cura dei pazienti					

	Fase	2022	2023	2024
	Potenziamento RX torace			
INT efficiente	TAC 128 strati n.1 (PNRR)			
	TAC 128 strati n.2 (PNRR)			
INT e la ricerca e innovazione	RMN 1,5T n.1 (PNRR)			
	RMN 1,5T n.2 (PNRR)			

Programma Strategico – AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO E STRUTTURALE

Destinatari: strutture sanitarie

	Indicatori	*Formula*	Indice	Stato 2022	Target 2023-2024
L'INT e la qualità	Realizzazione opere previste nel Piano Investimenti	Opere realizzate/opere previste	Trend in aumento	Analisi dei fabbisogni e approvazione piano	Realizzazione Interventi
INT e la cura dei pazienti					

	Fase	2022	2023	2024
INT efficiente	Acceleratore lineare (PNRR)			
	Gamma camera (PNRR)			
	Mammografo (PNRR)			
INT e la ricerca e innovazione	Ecotomografo (PNRR)			
	Ortopantomografo (PNRR)			
	Sistema polifunzionale per radiologia digitale (PNRR)			

Innovazione e Ricerca – Linea 1 Prevenzione primaria, secondaria e diagnosi precoce

Obiettivo: Programmi e ricerche per la prevenzione primaria, secondaria e la diagnosi precoce

Le iniziative di ricerca in questo ambito, in analogia con le Linee di ricerca INT per il periodo 2018-2020 del Ministero della Salute, sono focalizzate sull'attività di prevenzione dei tumori:

1) **prevenzione primaria** che, identificato il ruolo patogenetico degli inquinanti e degli stili di vita erronei, mira a correggerli mediante studi di intervento, per ridurre il rischio di insorgenza;

2) **prevenzione secondaria** che, in una condizione di particolare rischio o a patologia in atto, studia i meccanismi molecolari alterati, il contesto delle interazioni ospite-tumore e identifica biomarcatori utili per la **diagnosi precoce**, per la riduzione del rischio di recidiva o di tossicità, per la scelta dell'intervento più efficace e il monitoraggio degli effetti sul tumore, con l'intento di ridurre la morbilità;

3) **prevenzione terziaria** che, in uno stato di malattia studia come prevenire i suoi esiti più complessi, le complicanze, le probabilità di recidiva, e a ottimizzare la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali conseguenti al tumore e alle cure.

I progetti di ricerca di questa linea mirano al miglioramento delle prospettive di salute della popolazione rispetto alla patologia tumorale, alla sua prevenzione mediante l'informazione e l'adozione di corretti stili di vita, alla riduzione del rischio nei gruppi esposti a cause predisponenti o per familiarità. La diagnosi precoce ad oggi resta il miglior presupposto per una cura efficace, pertanto la ricerca di biomarcatori prognostici e predittivi di risposta, misurabili in liquidi biologici, costituisce il razionale per sviluppare programmi di screening e diagnostici affidabili e meno invasivi.

I programmi e le attività di ricerca su cui è stato investito maggior impegno da parte dell'Istituto riguardano la sorveglianza attiva nel tumore della prostata, la prevenzione del tumore del polmone, della mammella, del testa-collo, della tiroide e i programmi di studio sulla relazione tra dieta, stile di vita, fattori ambientali e incidenza di cancro e altre malattie croniche:

- **Sorveglianza attiva nell'ambito del programma Prostata** per monitorare l'andamento clinico della malattia nell'ottica di migliorare l'appropriatezza delle cure, ridurre eccessi interventistici e promuovere la qualità di vita dei pazienti (**Studi PRIAS, SPRINT, SA-INT**)
- **SMILE,** studio clinico randomizzato per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore polmonare nei forti fumatori o ex-fumatori da meno di dieci anni, tra i 55 e i 75 anni. Mediante l'astensione dal fumo, una dieta ad hoc, più movimento, l'assunzione di citisina e cardioaspirina tutti i giorni, oltre allo screening con una nuova TAC torace a bassissima dose, lo studio mira a ridurre l'infiammazione cronica che si associa a un alto rischio di mortalità per il tumore del polmone, oltre che di altre malattie oncologiche;
- **Diana Web**, per migliorare la prognosi di tumore alla mammella attraverso una alimentazione corretta e una attività fisica quotidiana;
- **Breakfast, Optimal, Digest:** Studi di intervento sull'impatto del metabolismo della dieta e dell'immunità sulla risposta alle terapie

Indicatori:

1- Numero pazienti arruolati nei protocolli di studio (target >10%) = **Pazienti arruolati nel 2021 = 315 - Pazienti totali in studio = 8280 (**6396 nel 2020**). Target 2022: mantenimento ± 10%**

2- Numero di articoli su riviste scientifiche e laiche: ≥ 5/anno = **n. 53 pubblicazioni (10 nel 2020) – target 2022 n = 50**

3- Numero di eventi formativi sul tema della prevenzione: >2 = **3 eventi nel 2021**

NB Alcuni indicatori della linea sono stati condizionati negativamente dalla pandemia

Programma Strategico - Innovazione e Ricerca - Linea 1. Prevenzione primaria, secondaria, terziaria e diagnosi precoce

☺😐☹	0,0%

Obiettivo di budget: Area Ricerca

Indicatore	*Formula*		inizio 2020	Target a fine 2020
Numero di pazienti arruolati in studi clinici di prevenzione	incremento del numero di pazienti arruolati in studio nell'anno	%	0%	10%

0 0,25 0,5 0,75 1

Programmi e ricerche per la prevenzione primaria, secondaria, terziaria e per la diagnosi precoce .Promuovere corretti stili di vita e la diagnosi precoce per una diminuzione dell'incidenza del cancro, miglioramento del controllo di malattia e riduzione della mortalità

Fase	inizio 2021	giugno 2021	fine 2021
Arruolamento e follow-up dei pazienti negli studi clinici di prevenzione		attività influenzate dalla pandemia	
Attivazione e conduzione di protocolli sperimentali e clinici			
Formazione ai corretti stili di vita per la prevenzione dei tumori			

Indicatore	*Formula*				inizio 2021	giu-21	Target a fine 2021	Performance
Pazienti arruolati in programmi di prevenzione	incremento % pazienti arruolati in programmi di prevenzione	%	29%		0%	>5%	10%	positiva
Pubblicazioni scientifiche	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	53		0	>2	>5	positiva
Eventi formativi	N° eventi formativi nell'anno	n°	3		0	> 2	>5	v. nota
Performance								

Innovazione e ricerca – Linea 2 Medicina di precisione, innovazione terapeutica ed efficacia degli interventi sanitari

Obiettivo: Personalizzare e orientare le decisioni mediche, applicare strategie diagnostiche e terapeutiche innovative e valutarne l'efficacia, le ricadute socio-sanitarie e il valore in termini di utilità e costo-efficacia.

Negli ultimi anni la terapia dei tumori si è modificata profondamente, diventando sempre più personalizzata e di precisione, grazie a farmaci a bersaglio molecolare, anticorpi, inibitori di recettori e dei conseguenti circuiti di attivazione: per le loro specificità di azione e, da non trascurare, per il loro alto costo, questi farmaci devono essere prescritti con la massima appropriatezza. Sebbene il numero di alterazioni molecolari responsabili della proliferazione tumorale, i cosiddetti "drivers", sia ancora limitato, il numero dei farmaci che possono colpirli in modo specifico è in continuo aumento. Si assiste quindi ad una offerta di nuove molecole che, pur dirette su bersagli già riconosciuti da altri farmaci, possono essere più attive o meno tossiche a seconda delle caratteristiche del tumore, delle varianti geniche o delle mutazioni del bersaglio, della sommatoria di alterazioni in più circuiti molecolari, del background genetico del paziente e della sua risposta immunitaria, dello stadio della malattia.
La cosiddetta Medicina di Precisione integra le caratteristiche molecolari del tumore con quelle del paziente, per permetterne la stratificazione diagnostica e terapeutica e offrire il trattamento giusto al paziente giusto nel momento giusto. Infine, ad esito delle sperimentazioni di nuovi farmaci, occorre valutarne la reale efficacia e utilità per le scelte terapeutiche nella vita reale e per la programmazione sanitaria in oncologia sul territorio, mediante studi di ricerca sanitaria. Aderendo maggiormente alla programmazione delle Linee della Ricerca istituzionale, questa ricerca punterà da un lato al potenziamento delle sperimentazioni cliniche di nuovi farmaci e di terapie avanzate, e dall'altro alla raccolta, organizzazione in data-base e analisi di dati clinici e bio-molecolari disponibili, derivanti dagli studi preclinici e clinici, per verificarne l'efficacia e l'utilità.

Indicatori:

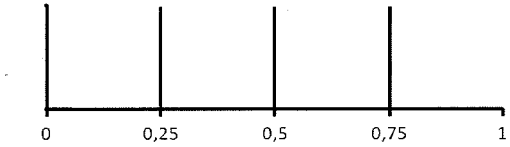
- Numero di studi clinici di fase I e I/II e di sperimentazioni con terapie avanzate = **n. 81 Studi di Fase I, I/II in corso nel 2021** (70 nel 2020) **target 2022: mantenimento ± 10%**
  - N° pazienti arruolati in studi clinici di fase I e I/II e di sperimentazioni con terapie avanzate: 147 (109 nel 2020)
  - N° pazienti in follow-up in studi clinici di fase I e I/II e di sperimentazioni con terapie avanzate: 110 (74 nel 2020)
- Pubblicazioni scientifiche (target >5) = **243 lavori relativi alla linea 2**– target n.50 ≥ nel 2022
- Implementazione della cartella clinica elettronica e di un Datawarehouse clinico-scientifico **= Incremento % in DWH nel 2021 rispetto al 2020: +11,7% - incremento 5% nel 2022**

Programma Strategico - Innovazione e Ricerca - Linea 2 : Medicina di precisione, innovazione terapeutica ed efficacia degli interventi sanitari

☺😐☹	0,0%

Obiettivo di budget: Area Ricerca

Indicatore	*Formula*		inizio 2021	Target a fine 2021
Studi clinici con nuovi farmaci e terapie avanzate	incremento del numero degli studi clinici di fase I-II e di terapie avanzate rispetto all'anno precedente	%	0%	10%



Personalizzare e orientare le decisioni mediche, applicare strategie diagnostiche e terapeutiche innovative e valutarne l'efficacia, le ricadute socio-sanitarie e il valore in termini di utilità e costo-efficacia

Fase	inizio 2021	giugno 2021	fine 2021
Studi clinici di fase I e I/II e di sperimentazioni con terapie avanzate			
Attivazione e conduzione progetti e studi sperimentali e preclinici			
attivazione cartella clinica elettronica e di un Datawarehouse clinico-scientifico			

Indicatore	*Formula*				inizio 2021	giu-21	Target a fine 2021	Performance
Arruolamento e follow-up dei pazienti negli studi clinici di fase I-II e con terapie avanzate	incremento % pazienti arruolati	%	48%		0%	>5%	10%	positiva
Pubblicazioni Scientifiche	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	243		0	>2	>5	positiva
Implementazione della cartella clinica elettronica e di un Datawarehouse clinico-scientifico	incremento % dei campi compilati nel DWH	%	11,70%		0	> 5%	>10%	positiva
Performance								

Innovazione e ricerca – Linea 3 Internazionalizzazione e Networking
Programmi e interventi per l'internazionalizzazione e la cooperazione nella ricerca biomedica

Obiettivo: Sviluppo e attuazione di programmi e interventi per l'internazionalizzazione e la cooperazione nella ricerca biomedica

Le attività di internazionalizzazione e la cooperazione scientifica sono necessarie per consentire al nostro Istituto di inserirsi in modo incisivo nel contesto di ricerca mondiale. Individualmente i nostri ricercatori hanno in corso diverse collaborazioni internazionali, quello che occorre implementare è l'attività di internazionalizzazione istituzionale, per arginare l'esodo dei nostri migliori ricercatori ma anche per attrarre i migliori talenti da altri paesi.
L'Istituto negli anni ha partecipato attivamente a molti network internazionali (ad es. OECI, ESMO, EORTC) finalizzati a promuovere la collaborazione e la concertazione di iniziative europee e la proposta di strategie per la ricerca a livello internazionale. In questo ambito si colloca l'iniziativa della Direzione Scientifica di aderire a CCE Cancer Core Europe , il consorzio dei sette più importanti *cancer center* in Europa nato nel 2016 con l'obiettivo di creare un istituto oncologico virtuale multi-sito che guiderà lo sviluppo di nuovi trattamenti e diagnosi precoci per i pazienti e una prevenzione del cancro più efficace per i cittadini europei. Si è inoltre rafforzata la visibilità dell'Istituto a livello europeo attraverso il contributo alla redazione di varie linee guida europee, e grazie alla sua partecipazione attiva nell'European Reference Network su tumori rari EuRaCan, dove INT coordina i working groups dedicati ai tumori rari testa e collo e ai sarcomi dell'osso, GIST e dei tessuti molli, e della task force trasversale dedicata alla formazione. Nel 2021 INT si è candidato a partecipare ad altri due Reference Networks: PaedCan su tumori pediatrici e GENTURIS per l'analisi di sindromi genetiche.
L'Istituto continua a incrementare nel tempo le sue collaborazioni internazionali, e a potenziare la partecipazione ad iniziative coordinate a livello europeo nell'ambito di meccanismi formali ed informali di consultazione, anche proponendo gli esperti dell'Istituto come membri negli Advisory Board nei Peer Review Panel per le Joint Action europee, ad esempio Transcan, EraCoSysMed, Gender NET PLUS, ERA PerMed, ecc.
Clinici dell'Istituto ricoprono inoltre il ruolo di partner, consulenti o leader in vari consorzi internazionali dedicati a singole patologie: Movember Foundation Consortium, World Sarcoma Network, gruppo EXPeRT su tumori pediatrici rari, Malignant Germ Cell International Consortium, presidenza dell'European Association for Palliative Care.
Nell'ambito delle politiche di cooperazione internazionale si è individuata la necessità di rafforzare i rapporti collaborativi con paesi extra UE allo scopo di favorire il trasferimento di best practice e la redazione di linee guida comuni, volte a salvaguardare il diritto dei pazienti a ricevere ovunque le cure migliori.

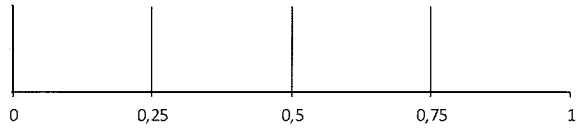
Indicatori:
- Numero di progetti presentati in ambito internazionale (target >5% - 42 prog nel 2020) = **46 progetti presentati nel 2021 (+9,5%)– mantenimento nel 2022 ± 10%**
-Numero di partnership e collaborazioni attivate con i più importanti centri oncologici europei: (target 2) = **5, dato che corrisponde ai progetti collaborativi internazionali acquisiti nel 2021 - mantenimento ± 10% nel 2022**
-- Percorsi Mobilità: la pandemia ha impedito di raggiungere l'obiettivo. Per il 2022 si sostituisce l'indicatore con attività formativa in ambito internazionale (target=1)

Programma Strategico - Innovazione e Ricerca - Linea 3: Internazionalizzazione e Networking- Programmi e interventi per l'internazionalizzazione e la cooperazione nella ricerca biomedica

☺😐☹	0,0%

Obiettivo di budget: Area Ricerca

Indicatore	*Formula*		inizio 2021	Target a fine 2021
partecipazione a network e reti di eccellenza internazionali	numero	n°	25	26



Potenziare la partecipazione ad iniziative coordinate a livello internazionale in relazione a programmi e progetti di Ricerca Biomedica

Fase	inizio 2021	giugno 2021	fine 2021
Presentazione proposte progettuali a livello internazionale			
Proposte di cooperazione/partnership internazionali			
attivazione percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per ricercatori			

mobilità limitata causa COVID-19

Indicatore	*Formula*				inizio 2021	giu-21	Target a fine 2021	Performance
Progetti presentati in ambito internazionale	incremento %	%	9%		0%	>3%	5%	positiva
Collaborazioni e partnership scientifiche	numero collaborazioni e partnership scientifiche	n°	5		0	1	2	positiva
Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	N° Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	n°	0		0	0	2	v. nota
Performance								

Lo Stato di Salute - Overview

Salute Finanziaria

- Indicatori di Economicità
- Economico gestionali
- Finanziari

Salute Organizzativa

Efficacia Organizzativa

- Modello organizzativo
- Capitale umano
- Benessere organizzativo
- Pari opportunità
- Ricerca

Efficienza Organizzativa

- Struttura
- Risorse Umane
- Attività Sanitaria
- ICT

Salute delle Relazioni

- Cittadini
- Portatori di interesse

Verso un rafforzamento dell'equilibrio economico: l'impegno di INT a migliorare l'equilibrio economico contenendo il debito a parità di servizi erogati. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e il target 2021-2022.

INT si impegna per garantire l'imparzialità dell'azione sanitaria ed amministrativa orientando programmi e comportamenti al costante confronto con i bisogni della collettività e in collaborazione con enti, associazioni e gruppi di interesse.

INT persegue l'obiettivo di migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa. INT persegue l'obiettivo di migliorare l'efficienza della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa.

Lo Stato di Salute – La Salute Finanziaria

Obiettivo : **Sintesi delle azioni di INT verso un rafforzamento dell'equilibrio economico: l'impiego a migliorare l'equilibrio economico contenendo il debito a parità dei servizi erogati**

INDICATORI DI ECONOMICITÁ

Economico gestionale	Indicatore	Formula		2019	2020	2021*	Obiettivo 2022 - 2024
	Incidenza costi diretti sanitari	Costi per beni e servizi/ Ricavi gestione caratteristica	%	65,78	73,26	69,71%	Mantenimento.
		Farmaci ed emoderivati/Ricavi gestione caratteristica	%	33,44	43,9	40,51%	Mantenimento
		Presidi chirurgici e materiali sanitari /Ricavi gestione caratteristica	%	0,64	0,5	0,49%	Mantenimento
		Materiali protesici/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,69	0,47	0,48%	Mantenimento
	Incidenza costi diretti non sanitari	Acquisto beni non sanitari/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,31	0,28	0,32%	Mantenimento
		Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) / Ricavi gestione caratterisitica	%	4,32	4,35	4,19%	Mantenimento
		Godimento beni di terzi/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,52	0,54	0,63%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Ricavi gestione caratteristica	%	112,17	121,36	114,64%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	%	104,76	104,58	104,91%	Mantenimento
	Ricavi Libera Professione	Ricavi LP/Ricavi gestione caratteristica	%	10,51	7,57	7,56%	Mantenimento

Finanziari	Indicatore	Formula		2019	2020	2021*	Obiettivo 2022 - 2024
	Indice secco di liquidità	Liquidità immediata/ debiti a brevissimo termine	%	39,83	54,41	ND	Mantenimento
	Indice di liquidità	Attivo circolante meno scorte/ Debiti a breve	%	158,36	225,10	ND	Mantenimento

Patrimoniali	Indicatore	Formula		2019	2020	2021*	Obiettivo 2022 - 2024
	Elasticità dell'attivo	Attivo circolante/totale attivo	%	62,5	70,49	ND	Mantenimento
	Indebitamento	Debiti/Fonti di finanziamento	%	23,1	20,20	ND	Miglioramento
	Durata media dei debiti	Debiti verso fornitori / Fatture d'acquisto	gg	48,2	47,66	ND	Mantenimento
	Giacenza media delle scorte	Rimanenze finali/fatture di vendita	%	5,6	4,8	ND	Mantenimento
	Durata media dei crediti	Crediti verso clienti/fatture di vendita	gg	30	30	ND	Mantenimento

- Dati provvisori e verranno aggiornati a seguito di stesura BES 2021

Lo Stato di Salute – La salute in termini di efficacia organizzativa

Obiettivo **Sintesi delle azioni di INT per migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa**

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA

Modello	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Turnover in entrata	N° nuovi assunti/tot. Personale ric tp media anno	%	18,8	13,7	14,3	Mantenimento
	Turnover in uscita	N° dipendenti cessati/tot. Personale ric tp media anno	%	9,4	11,4	14,8	Mantenimento
	Flessibilità organizzativa	Numero Strutture Complesse coperte/ N° totale Strutture Complesse da POA	%	88,4	88,4	85,7	Miglioramento
		N° Strutture Semplici Dipartimentali coperte/ N° totale Strutture semplici dipartimentali da Piano di Organizzazione	%	82,6	78,3	73,9	Miglioramento
		N° incarichi dirigenziali medici alta professionalità/ totale medici ric tp media anno	%	20,01	21	17,9	Miglioramento
		N° personale amministrativo Dir e non ric tp media anno/N° totale personale del ruolo sanitario Dir e non ric tp media anno	%	28,6	26,2	26,9	Mantenimento

Capitale umano	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 – 2024
	Capacità organizzativa	Ore totali di straordinario retribuite/Monte ore annuo totale dovuto dai dipendenti (ricondotto tp media anno)	%	1,5	1,8	1,4	Mantenimento
		GG totali ferie non godute/Totale giornate lavorative	%	7,1	7,8	8,1	Diminuzione
	Indice di anzianità	% dipendenti < 40 anni	%	20,6	24,3	26,2	Miglioramento
		% dipendenti tra 40 e 60 anni	%	67,9	63,9	61,3	Miglioramento
		% dipendenti > 60 anni	%	11,5	11,7	12,5	Diminuzione
	Composizione personale	N° Dirigenti (tutti) ric tp media anno/ N° personale non dirigente (comparto) ric tp media anno	%	22,9	21,7	21,6	Mantenimento
		N° Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici - Biologi - Farmacisti- Psicologi -Sitra) ric tp media anno/N° personale sanitario non dirigente ric tp medio anno	%	36	35,8	35,5	Mantenimento

Lo Stato di Salute – La salute in termini di efficacia organizzativa

Obiettivo **Sintesi delle azioni di INT per migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa**

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA

Benessere	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Capacità di incentivazione	Quote destinate ad incentivazione Dirigenti medici/ Totale fondi contrattuali dirigenti medici	%	32,88	31,64	28,5	Miglioramento
		Quote destinate ad incentivazione Dirigenza prof. Tecn. Amm/Totale fondi contrattuali Dirigenza prof. Tecn. Amm	%	32,88	31,64	28,5	Miglioramento
		Quote destinate ad incentivazione Dirigenza San./Totale fondi contrattuali Dirigenza sanitaria	%	32,88	31,64	28,5	Miglioramento
		Quote destinate ad incentivazione personale Comparto/Totale fondi contrattuali Comparto	%	25,58	31,03	30,8	Miglioramento
		Personale in servizio al 31/12 al netto delle lunghe malattie (>30gg)/ Personale da dotazione organica al 31/12	%	97,7	96,7	96,6	Mantenimento
	Assenteismo	Tasso aziendale di assenteismo	%	6,6	9,6	7,3	Diminuzione

Pari opportunità	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Indicatore di genere	N° dipendenti donne ric tp media anno/N° dipendenti tot ric tp media anno	%	68,6	68,9	69,4	Mantenimento
		N° DSC donne/N° DSC coperti	%	26,3	26,3	25,0	Mantenimento
	Congedi facoltativi	N° tot gg congedo facoltativo concessi/ Totale giornate lavorative	%	0,78	2,3	1,8	Mantenimento
	Personale con limitazioni	N° personale con limitazioni /Personale totale	%	11,9	8,8	6,6	Mantenimento

Ricerca	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 – 2024
	Produzione scientifica	N° pubblicazioni nazionali e internazionali	n°	794	959	970	mantenimento
		Impact factor annuale		5.059,79	7.338,49	8.047,26	mantenimento
		Impact factor standardizzato/ FTE	%	9,40	11,54	13,16	mantenimento
	Trials clinici	N° trials clinici attivi di fase 1 e 2 e 1/2 e 1/3	n°	217	226	246	mantenimento
	Pazienti arruolati in Trials	N° pazienti arruolati in trials attivi di fase 1, 2 e 1/2 e 1/3	n°	1750	838	626	mantenimento
	Collaborazioni scientifiche con organizzazioni internazionali	IC (International Collaboration)	n°	19	23	25	mantenimento

Lo Stato di Salute – La salute in termini di efficienza organizzativa

Obiettivo **Sintesi delle azioni di INT per migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa**

INDICATORI DI EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

Struttura	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Gestione letti	N° posti letto Ricovero Ordinario accreditati	n°	415	415	415	Mantenimento
		N° posti letto saturati (ordinari+DH)	n°	365	332	289	Mantenimento
		N° posti letto Day Hospital/Day Hospital accreditati	n°	49	49	49	Mantenimento
	Indice Rotazione	Indice rotazione aziendale	%	40,23	41,29	50,10	Miglioramento
		Indice rotazione area chirurgica	%	32,12	30,01	47,22	Miglioramento
		Indice rotazione area medica	%	53,71	59,62	55,32	Mantenimento
	Tasso occupazione posti letto	Tasso occupazione posti letto aziendale	%	59,60	54,52	54,8	Miglioramento
		Tasso occupazione area chirurgica	%	58,63	55,3	53,9	Miglioramento
		Tasso occupazione area medica	%	63,6	55,7	56,4	Miglioramento

Risorse Umane	Indicatore	Formula	n	2019	2020	2021	Obiettivo 2022- 2024
	Produttività personale	N° Ricoveri x Dirigente Medico (DO+DH)	n°	57,7	47,1	40,7	Mantenimento
		N° prestazioni Ambulatoriali x Dirigente Medico	n°	4.531	3.947	3.317	Mantenimento
		N° Visite (prime visite+ Controlli) per Dirigente Medico	n°	592	458	392	Mantenimento
		PL accreditati per Dirigente Medico	n°	1,30	1,44	1,31	Mantenimento
		PL accreditati per Personale del Comparto	n°	0,30	0,31	0,36	Mantenimento
		Produzione (ricoveri, ambulatoriale)/Tot dirigenti in servizio (escluse lunghe assenze)	€	345.919,93	297.344,63	251.821,48	Mantenimento

Attività sanitaria	Indicatore	Formula	%	2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Complessità Case mix	Peso medio aziendale		1,35	1,37	1,35	Mantenimento
		Peso medio area chirurgica		1,62	1,7	1,41	Mantenimento
		Peso medio area medica		1,05	1,04	1,25	Mantenimento
	Digitalizzazione	N° referti SISS/totale referti ambulatoriali	%	94,9	100	88	Miglioramento
	Digitalizzazione	N° referti SISS/totale referti radiologia	%	100	100	100	Mantenimento
	Laboratorio analisi	N° referti SISS/totale referti laboratorio analisi	%	100	100	100	Mantenimento
	Lettere di dimissione	N° referti SISS/totale lettere di dimissione	%	96,1	95,3	97,7	Miglioramento

Lo Stato di Salute – La salute nelle relazioni con i pazienti e i portatori d'interesse

Obiettivo **Sintesi delle azioni di INT per garantire l'imparzialità dell'azione sanitaria ed amministrativa orientando programmi e comportamenti al costante confronto con i bisogni della collettività e in collaborazione con enti, associazioni e gruppi di interesse.**

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA E NELLE RELAZIONI ESTERNE

Cittadini	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Segnalazione e reclami	N° reclami per la relazione e la comunicazione con l'operatore	n°	36	40	44	Mantenimento
		N°reclami per le prestazioni- inadeguatezza organizzativa	n°	29	15	22	Mantenimento
	Encomi	N° encomi	n°	101	81	99	Mantenimento
	Richiesta di risarcimento per atto	N° contenziosi risolti entro l'anno di riferimento / Tot contenziosi aperti nell'anno (solo casi di risarcimento)	%	0.29	0,1	0,1	Mantenimento
		N° risarcimenti relativi a sinistri aperti nell'anno di riferimento/Tot. Sinistri riservati nell'anno di riferimento	%	0	1,17	0	Mantenimento
		N° contenziosi risolti nell'anno di riferimento / Tot contenziosi complessivamente trattati nei CVS (nell'anno di riferimento ed in quello immediatamente precedente)	%	0.35	0,07	0,16	Mantenimento
	Customer Satisfaction	Attenzione ricevuta dal personale medico in ambulatorio (accuratezza della visita, cortesia)	punti max 7, min 1	6.30	6,38	6.42	Mantenimento
		Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute		6.25	6,34	6.34	Incremento
		Soddisfazione complessiva in ambulatorio		6.02	6,26	6,28	Mantenimento
		Assistenza del personale medico in reparto (disponibilità, cortesia).		6.61	6,65	6,71	Mantenimento
		Assistenza del personale infermieristico in reparto (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia).		6.67	6,65	6,79	Mantenimento
		Informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate		6.64	6,51	6,52	Incremento
		Soddisfazione complessiva nella degenza		6.43	6,49	6,57	Mantenimento

Portatori di interesse	Indicatore	Formula		2019	2020	2021	Obiettivo 2022 - 2024
	Liberalità da donatori	Importo liberalità	€	3.915.788	1.988.334	ND	Mantenimento
	Lasciti testamentari	Importo lasciti	€	1.420.289	2.784.193	2.175.887	Mantenimento

Allegato 1 MAPPATURA DEI RISCHI - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
N.	AREE GENERALI										
	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Programmazione	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità - Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza - Volontà di premiare interessi particolari	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusione: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità/conflitto di interesse dei commissari e sostituzione del commissario che ha dichiarato la sussistenza di una situazione di incompatibilità/conflitto di interesse	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Per servizi e forniture standardizzabili, nonchè lavori di manutenzione ordinaria, costante valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica di tutte le convenzioni/accordi quadro già in essere, in particolare per le categorie di cui al DPCM 24/12/2015 per le quali è obbligatorio il ricorso a centrali di committenza per importi superiori alle soglie ivi indicate Pubblicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni. Pubblicazione, previo passaggio al Nucleo di Programmazione, della programmazione biennale e degli aggiornamenti annuali, con evidenza ove conosciuto dell'adesione a centrali di committenza	ANNUALE
1	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Progettazione della gara	- La fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate; - l'elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); - prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - l'abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusione: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità. Pubblicazione avviso esplorativo per le procedure di gara sopra soglia per la verifica delle condizioni ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Percentuale degli affidamenti non concorrenziali nell'arco di un anno, che, in corso di esecuzione o una volta eseguiti, abbiano oltrepassato i valori di soglia previsti dal codice (valore atteso: <1%) Numero di contratti riportanti clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici/numero dei contratti Numero di bandi con clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità/numero dei bandi	ANNUALE
2	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Progettazione della gara (Sotto 40.000€, Tra 40.000€ e soglia, Supra soglia)	Distorsione nella scelta del contraente ed elusione del principio di concorrenza	MEDIO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusione: il rischio è variegato e di difficile contenimento; nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio.	Attuazione, attraverso redazione di apposito regolamento, delle linee guida regionali (DGR 491/2018, All. C) in materia di procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai sensi dell'articolo 63 del D.Lgs. 50/2016 (sotto 40.000€, tra 40.000€ e soglia UE, sopra soglia UE)	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato s.c. ICT s.c. Farmacia	Redazione/Aggiornamento Regolamento: SI/NO Percentuale e numero procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara indette ai sensi dell'articolo 63 del D.Lgs. 50/2016 (esclusive)	ANNUALE
3	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	**Procedure sotto soglia** - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusione: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Pubblicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Pubblicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Pubblicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Pubblicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
4	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	**Procedure sotto soglia:** - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori a € 40.000 (illecito frazionamento);	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento; - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusione: il rischio è variegato e di difficile contenimento; nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	A) Elenco degli affidamenti diretti sotto i 40.000 euro (oggetto, importo, Cig/Smartcig, procedura di aggiudicazione (diversa da MEPA), aggiudicatario) e delle procedure negoziate senza bando per acquisti di beni sanitari ritenuti infungibili/esclusivi (stessa data). Evidenza del rapporto, su base annuale, tra il valore degli affidamenti diretti e delle procedure negoziate senza bando, nonchè degli acquisti di beni infungibili/esclusivi acquistati, sul totale del valore dei beni acquistati (suddiviso per beni, servizi e lavori); B) Verifica superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto su fondi istituzionali relativi allo stesso bene (stesso codice prodotto) del medesimo fornitore.	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Redazione di report contenente gli indicatori di cui ai punti A, B	SEMESTRALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
5	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Procedure di affidamento di appalti di importo superiore a € 40.000	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori a € 40.000 (illecito frazionamento)	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	A) Elenco degli appalti attualmente in regime di proroga/rinnovo con l'indicazione della data di scadenza, la data di aggiudicazione iniziale del contratto, il CIG, ed elementi sull'eventuale rinegoziazione del contratto (quantità e valore sul totale); B) Rapporto tra il valore economico dell'acquistato tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato; C) Rapporto tra il valore economico dell'acquistato tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Redazione di report contenente gli indicatori di cui ai punti A, B e C	SEMESTRALE
6	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	**Procedure sopra soglia:** - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. La nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Pubblicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Pubblicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara	s.c. Provveditorato	s.c. Provveditorato	Pubblicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Pubblicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
7	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Rapporto dei fornitori/operatori economici con il personale sanitario del comparto	Distorsione nelle modalità di acquisizione e utilizzo di dispositivi medici	MEDIO	Il processo risulta governato da atti amministrativi e procedure interne Criticità: - eccesso di discrezionalità - assenza di comunicazione tra uffici, sospetto conflitto di interessi Conclusioni: il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Verifica/Revisione delle istruzioni al personale relative ai comportamenti da adottare con i fornitori/operatori economici	s.c. SITRA	s.c. SITRA	Verifica necessità aggiornamento delle istruzioni SI/NO Revisione: SI/NO	ANNUALE
8	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Programmazione	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità - Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza - Volontà di premiare interessi particolari	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità. Conclusioni: Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Per servizi e forniture standardizzabili nonchè lavori di manutenzione ordinaria, valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica di tutte le convenzioni/accordi quadro già in essere, in particolare per le categorie di cui al DPCM 24/12/2015 per le quali è obbligatorio il ricorso a centrali di committenza per importi superiori alle soglie ivi indicate. Pubblicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni Pubblicazione programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici	s.c. Progetti e servizi tecnici	s.c. Progetti e servizi tecnici	Verifica delle convenzioni e degli accordi quadro già in essere: 100% Verifica dell'esistenza per ciascuna procedura di gara, autonoma della dichiarazione del RUP relativa all'assenza di convenzioni di centrali di committenza attive Pubblicazione di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni SI/NO Pubblicazione della programmazione lavori pubblici nei termini di legge	ANNUALE
9	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Progettazione della gara	- la fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gara non ancora pubblicata; - l'elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscano requisiti di qualificazione); - prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - l'abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità Pubblicazione avviso esplorativo per le procedure di gara sopra soglia per la verifica delle condizioni ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016.	s.c. Progetti e servizi tecnici	s.c. Progetti e servizi tecnici	Percentuale degli affidamenti non concorrenziali nell'arco di un anno, che, in corso di esecuzione o una volta eseguiti, abbiano oltrepassato i valori di soglia previsti dal codice (valore atteso: <1%) Numero di contratti riportanti clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici/numero dei contratti Numero di bandi con clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità/numero dei bandi Pubblicazione avviso esplorativo in caso di procedure sopra soglia ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016: 100%	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
10	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	**Procedure sotto soglia:** - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	- possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. - l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; - la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Pubblicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV pubblicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Pubblicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	Pubblicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Pubblicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
11	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	**Procedure sotto soglia:** - Affidamento di appalti di forniture di importo inferiore a € 40.000	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori a € 40.000 (illecito frazionamento)	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifica superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto di forniture su fondi istituzionali relativi allo stesso bene del medesimo fornitore	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	Redazione di report semestrale di verifica del superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto di forniture su fondi istituzionali relativi allo stesso bene del medesimo fornitore SI/NO	ANNUALE
12	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	**Procedure sopra soglia:** - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	- possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara - l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; - la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Pubblicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV pubblicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Pubblicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	s.c. **Progetti e servizi tecnici**	Pubblicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Pubblicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Pubblicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
13	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di servizi e forniture e lavori	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - mancata o insufficiente verifica della corretta esecuzione del servizio o/e della fornitura	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - complessità della normativa di riferimento Conclusioni le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Attuazione di misure volte al miglioramento dell'esercizio della funzione di Direttore dell'esecuzione dei contratti - Regolamento sull'esercizio della Funzione del DEC - Formazione inerente le responsabilità e compiti del DEC alla luce della disciplina in materia di prevenzione della corruzione - Messa a disposizione di strumenti operativi per l'esercizio della funzione di DEC: Check-list.	s.c. **Provveditorato**	**Strutture interessate dall'esecuzione e rendicontazione di contratti di servizi, forniture e lavori con individuazione del DEC**	- Redazione Regolamento: SI/NO - Svolgimento evento formativo: SI/NO - Realizzazione Check-list: SI/NO	ANNUALE
14	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti (beni, servizi e lavori)	Danno erariale inerente la mancata corrispondenza tra prestazione richiesta, eseguita e liquidata	MEDIO/BASSO	Il processo risulta in parte vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento; - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	Redazione di una procedura qualità interna che descriva le attività di verifica propedeutiche alla liquidazione (Verifica della corrispondenza tra richiesto e fatturato)	s.c. **Provveditorato**	**Tutte le strutture della Fondazione**	Redazione Procedura interna: SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
15	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di servizi e forniture	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore - approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri, introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio - apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti. - gestione inefficiente del magazzino (inventario e rendicontazione)	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - complessità della normativa di riferimento - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di un unico soggetto Conclusioni: le verifiche risultano adeguate a ridurre il rischio	Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni Verifica della corretta esecuzione del contratto (per competenza) da parte della DMP Pubblicazione resoconto finanziario dei contratti conclusi nell'anno	s.c. Provveditorato Direzione Medico di Presidio	s.c. Provveditorato Direzione Medico di Presidio	Numero dei contratti prorogati nell'arco dell'anno (n. 0 proroghe contrattuali dovute a carenza di programmazione e/o inadempienze da parte del RUP). Pubblicazione del 100% degli accordi bonari e delle transazioni. Verifica relativa al rispetto delle procedure di sicurezza (per competenza) da parte della DMP. 100% Pubblicazione resoconto finanziario 100%	ANNUALE
16	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di realizzazione di lavori Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di servizi/forniture	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore - approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri, introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio - apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni Pubblicazione resoconto finanziario dei contratti conclusi nell'anno	s.c. Progetti e servizi tecnici	s.c. Progetti e servizi tecnici	Numero dei contratti prorogati nell'arco dell'anno (n. 0 proroghe contrattuali dovute a carenza di programmazione e/o inadempienze da parte del RUP). Pubblicazione del 100% degli accordi bonari e delle transazioni. Pubblicazione resoconto finanziario 100%	ANNUALE
17	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di gestione/manutenzione apparecchiature	Rischio relativo a: A) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto non adeguatamente preventivate B) inadempimento contrattuale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - eccesso di discrezionalità - rallentamenti dei tempi di svolgimento del processo e delle attività Conclusioni: il rischio risulta essere medio-basso poiché ad oggi non risultano varianti e/o presenza di accordi bonari/transazioni e il monitoraggio del piano di manutenzione può essere effettuato real-time in qualsiasi momento	a) Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti. b) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali, relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni c) Controllo costante della corretta esecuzione del contratto e del corretto andamento dei macchinari d) Implementazione di un software per monitoraggio real time dello stato di manutenzione del parco macchine	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Ingegneria Clinica	a) N. studi di fattibilità relativo a grandi installazioni per limitare il ricorso alle varianti esclusivamente ai casi imprevisti ed imprevedibili (100%) b)Pubblicazione accordi bonari e transazioni 100% c) Monitoraggio del piano di manutenzione del parco macchine (100%) d) Controllo real time dello stato delle manutenzioni/verifiche di sicurezza/controlli qualità del parco macchine 100% dI) Verifica a campione trimestrale . SI/NO	ANNUALE
18	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni di competenza della s.c. Ingegneria clinica	Rischio relativo a: Presenza di apparecchiature non autorizzate (comodati d'uso/donazioni/visioni)	MEDIO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici. l'esposizione al rischio potrebbe derivare da comunicazione non immediata di una procedura di visione da parte delle strutture utilizzatrici Conclusioni: Le verifiche eseguite risultano adeguate a ridurre il rischio	a) controllo costante della presenza di apparecchiature derivanti da comodati d'uso/donazioni/visioni di competenza della s.c. Ingegneria clinica b) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura relativa alla gestione delle apparecchiature (visioni) di competenza della s.c. Ingegneria clinica	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Ingegneria Clinica	a) report annuale attestante l'avvenuta verifica delle apparecchiature concesse in comodato d'uso/donate/visioni. 100% b) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura. SI/NO	ANNUALE
19	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di dispositivi medici attraverso prove d'uso/ visioni di competenza della s.c. Farmacia	Rischio relativo a: Presenza di dispositivi medici non autorizzati (prove d'uso/visioni) di competenza della s.c. Farmacia	MEDIO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne. Elementi di criticità: scarsa e/o parziale di comunicazione tra uffici Conclusioni: le verifiche eseguite risultano trasparente e adeguate a ridurre il rischio.	Redazione di una procedura interna di qualità per il controllo di dispositivi medici derivanti da prove d'uso, visioni di competenza della s.c. Farmacia Controllo semestrale della presenza di dispositivi medici derivanti da prove d'uso e visioni di competenza della s.c Farmacia	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	Redazione della procedura interna SI/NO Report attestante l'avvenuta verifica SI/NO	ANNUALE
20	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni	Rischio: potenziale conflitto di interessi non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia. - complessità della normativa di riferimento; - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di controlli - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: le verifiche risultano adeguate a minimizzare il rischio	a) Verifica sulla necessità di aggiornamento del vademecum per la gestione delle apparecchiature in entrata in Fondazione (es. comodato d'uso gratuito, conto visione) b) verifica di appropriatezza dell'uso dei macchinari nella struttura	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Provveditorato s.c. Ingegneria Clinica	Verifica necessità di aggiornamento: SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
21	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti ICT	Rischio relativo a: - Incesso/rescissione contratto - Inadempimento, mancanza di applicazione penali - Comportamento collusivo del RUP/DEC	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo esercitato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	a) Verifica periodica delle banche dati della Fondazione b) Report semestrale di monitoraggio dell'esecuzione dei contratti di importo maggiore di 40.000	s.c. ICT e SIA	s.c. ICT e SIA	a1) Controllo semestrale a campione 30% dei programmi in uso dalla Fondazione; a2) Monitoraggio del piano di manutenzione e backup del parco macchine (backup pc - 100%) b) Predisposizione report di monitoraggio semestrale dell'esecuzione dei contratti (> 40.000 €)	ANNUALE
22	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti SPP	Rischio relativo a: Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - mancanza di trasparenza - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al minimo il rischio	Rendicondazione annuale della corretta esecuzione dei contratti di competenza del SPP	SPP	SPP	Verifica esecuzione contratti: 100%	ANNUALE
23	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti ICT	Rischio relativo a: Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: Con riferimento al processo in esame, il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Il rischio risulta ampiamente governato.	Verifica necessità di aggiornamento/revisione della procedura interna che descrive le operazioni di verifica e controllo della regolarità alla liquidazione delle fatture.	s.c. ICT e SIA	s.c. ICT e SIA	Verifica procedura effettuata: SI/NO Revisione effettuata: SI/NO	ANNUALE
24	A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti ICT	Rischio: potenziale conflitto di interessi non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: Con riferimento al processo in esame, il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Il rischio risulta ampiamente governato.	Elaborazione di una Procedura/Linee Guida/Manuale che descriva e definisca i ruoli di RUP e DEC, funzioni e responsabilità.	**Gruppo di lavoro:** **s.c. Provveditorato** **s.c. PST** **s.c. Farmacia** **s.c. ICT e SIA** **s.c. Ingegneria Clinica**	Tutte le strutture della Fondazione	Elaborazione di una Procedura/Linee Guida/Manuale: SI/NO	ANNUALE
25	B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Acquisizione del personale attraverso procedura concorsuale	Potenziale rischio legato a: a) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di selezionare candidati particolari b) Irregolare composizione della commissione di concorso	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - eccessiva regolamentazione e/o complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento, - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione; - possibile conflitto di interesse Conclusioni: - Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio. - Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza.	a) Verifica a campione della veridicità delle autocertificazioni rese dai candidati assunti circa il possesso dei requisiti b) Verifica dei prerequisiti delle commissioni esaminatrici (art. 35 bis - D.lgs. 165/2001) - casellario giudiziale. b1) Verifica acquisizione dichiarazioni ex art. 51 e 52 C.P.C. e ex art. 35 D.Lgs 165/2001	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	a) N° (minimo 5%) di verifiche effettuate semestralmente sulla veridicità delle autocertificazioni b) N° Verifiche dei prerequisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici: 100% b1) Verifica acquisizione dichiarazioni ex art. 51 e 52 C.P.C. e ex art. 35 D.Lgs 165/2001: 100%	ANNUALE
26	B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Progressioni economiche o di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	MEDIO	Il processo risulta vincolato sia dalla Legge che da atti amministrativi Criticità: - eccesso di discrezionalità - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione - possibile conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio	Verifica corrispondenza del profilo posseduto dal candidato con i requisiti di accesso alle progressioni economiche o di carriera	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	Numero di verifiche dei requisiti per l'accesso alle progressioni economiche o di carriera: 100%	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
27	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Incarichi dirigenziali	Sostituzione della dirigenza medica sanitaria	Condotte elusive delle ordinate procedure di selezione	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità - mancanza di trasparenza - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza, le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno.	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	a) Pubblicazione di posti	ANNUALE
28	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Codice Etico e Comportamentale	Adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale	Azioni e comportamenti illegittimi, illeciti e/o contrari alla buona amministrazione.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - complessità della normativa di riferimento - mancanza di trasparenza Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza e diffusione	Specifica attività di formazione e informazione rivolta a tutto il personale della Fondazione Monitoraggio attuazione Codice etico comportamentale/ reportistica annuale (n° segnalazioni totali e per fatti penalmente rilevanti; n° procedimenti attivati totali e per fatti penalmente rilevanti; n° di sanzioni disciplinari comminate totali e per fatti penalmente rilevanti)	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**Tutti i dipendenti della Fondazione**	Svolgimento attività di formazione e informazione sul Codice etico e comportamentale Redazione report annuale: SI/NO	ANNUALE
29	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Incarichi dirigenziali e/o incarichi di funzione	Selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione.	a) Scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi professionali allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti b) scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi di funzione, allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica puntuale dei requisiti di accesso alla selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione b) Verifica del rispetto dei criteri previsti da norme/contratti	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	Numero di verifiche dei requisiti di accesso alla selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione e dell'utilizzo di criteri predefiniti: 100%	ANNUALE
30	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Contratti Atipici	Borse di Studio	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato da atti e prassi amministrative Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - scarsa chiarezza della normativa di riferimento - eccesso di discrezionalità - mancanza di trasparenza - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: il processo risulta di difficile governo. Le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al massimo il rischio	Verifica dei bandi oggetto di ricorso per individuazione degli elementi utili alla rimozione delle eventuali irregolarità e conseguente adozione di misure correttive.	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	Verifica dei bandi per la concessione di borse di studio [SI/NO]	ANNUALE
31	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Contratti Atipici	Conferimento incarichi di collaborazione professionale o occasionale	a) Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari b) Irregolare composizione della commissione di valutazione, ove costituita	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Elementi di criticità - complessità della normativa di riferimento; - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse - mancanza di controlli sulla regolarità dello svolgimento della selezione - mancanza di trasparenza Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a1) Verifiche di conformità tra la richiesta di collaborazione del Responsabile del progetto e i requisiti prescritti dalla normativa e dalle procedure interne (Gruppo di verifica collaborativa interno); a2) verifiche della veridicità delle autocertificazioni e relativi titoli di studio e iscrizione all'albo dei candidati selezionati. a3) verifica dei bandi oggetto di ricorso per individuazione degli elementi utili alla rimozione delle eventuali irregolarità e conseguente adozione di misure correttive. b) Acquisizione della dichiarazione dei componenti della commissione di insussistenza di incompatibilità artt. 51 e 52 c.p.c. e conseguente verifica.	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	a1) N° di verifiche di conformità tra la richiesta di collaborazione del Responsabile del progetto con i requisiti prescritti dalla normativa e dalle procedure interne: 100% a2) N° verifiche sulle autocertificazioni: 5% a3) N° di verifiche effettuate e relativi verbali di verifica [SI/NO] N° di ricorsi/N° di procedure concorsuali inferiore al 5% In caso di ricorso: N° di ricorsi persi inferiore al 5% b) Verifica acquisizione dichiarazioni ex artt. 51 e 52 c.p.c.: 100%	ANNUALE
32	**B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale**	Incarichi Extraistituzionali	Autorizzazioni a dipendenti INT allo svolgimento di attività esterne ex art 53 D.Lgs.165/2001 (es. Advisory board, consulenze scientifiche)	a) Illegittima autorizzazione allo svolgimento di incarichi in elusione al principio di esclusività	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse. - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Verifica semestrale da parte del Nucleo Ispettivo sulla sussistenza dei presupposti delle autorizzazioni degli incarichi extraistituzionali. a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati.	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	**s.c. Risorse umane e relazioni sindacali**	a) Verifiche a campione da parte del Nucleo Ispettivo sulla sussistenza dei presupposti di autorizzazioni: 5% degli incarichi a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati: 100%	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
33	B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi Extraistituzionali	Conferimento incarichi a dipendenti di altre pubbliche amministrazioni ex art. 53 D.Lgs. 165/2001	Conferimento incarichi in carenza di requisiti	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni Sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio.	Verifica della corrispondenza dei requisiti posseduti dall'incaricato e i requisiti previsti da norme di legge e/o regolamenti interni	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	Verifiche sulla sussistenza dei requisiti degli incarichi conferiti: 100%	ANNUALE
34	B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Gestione presenze	Anomalia nella registrazione delle presenze	Danno all'immagine provocato all'Ente	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. - mancata attivazione di procedimenti disciplinari Conclusioni il tipo di verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Verifica giornaliera degli ingressi e delle uscite dei dipendenti tramite sistema rilevamento presenze Immediata segnalazione di anomalie ai Direttori/Responsabili delle strutture in caso di anomalie nella timbratura	s.c. Risorse umane e relazioni sindacali	Tutti i dipendenti della Fondazione	Verifica delle anomalie di timbratura: 100%	ANNUALE
35	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione stipendi	Ripartizione proventi libera professione	Ripartizione ingiustificata dei proventi maturati nell'attività di Libera Professione Intramoenia e di supporto alla stessa	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne Elementi di criticità: possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Consolidamento del processo già in essere e così riassumibile: 1) le elaborazioni vengono effettuate su modelli excel preimpostati conformemente alle procedure di ripartizione. 2) le competenze relative alle varie attività vengono elaborate da addetti diversi ed assemblate dal titolare di posizione organizzativa. 3) al termine delle elaborazioni viene effettuata una verifica complessiva di coerenza tra i dati erogati e i dati incassati. 4) Il Direttore della Libera Professione esercita una supervisione dell'intero processo tramite controlli a campione sulle ripartizioni, secondo un piano regolare di conservazione traccia.	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Elaborazione ed attuazione di un piano annuale di controllo che prevede mensilmente un controllo su almeno una diversa attività (n. totale controlli annui ≥ 12)	ANNUALE
36	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Pagamenti	gestione dei pagamenti, della contabilità e dei relativi flussi informativi	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di favorire il pagamento delle forniture/servizi di particolari soggetti	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifiche a campione sui pagamenti al fine di riscontrare che siano stati pagati nei tempi previsti dalla normativa e che vi sia evidenza dei controlli effettuati dal servizio acquirente e dal personale addetto all'emissione del mandato.	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Verifica mensile su n. 20 mandati corrispondenti a circa l'1% del totale	ANNUALE
37	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Immobilizzazioni materiali e immateriali	Gestione del patrimonio	Mancate o errate imputazioni in bilancio, con conseguente danno erariale per l'ente.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da procedura interna Elementi di criticità: Eccesso di burocrazia dovuto all'eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività conseguenti Conclusioni: Il tipo di controllo programmato appare adeguato a ridurre eventuali rischi e ad assicurare ampia trasparenza	Adozione linee guida interne sulla gestione delle immobilizzazioni materiali, immateriali e dei cespiti di competenza ICT	s.c. ICT e SIA	s.c. ICT e SIA	Redazione/Aggiornamento linee guida: SI/NO	ANNUALE
38	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile	Gestione del patrimonio	Cattiva o omessa gestione di <u>beni mobili</u> (preziosi, quote azionarie, ecc.) acquisiti dalla Fondazione mire ereditatis	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato da prassi amministrative Criticità: - mancanza di trasparenza - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo programmato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	Verifica preventiva e successiva all'inventario dei beni mobili ereditati dalla Fondazione (procedura di qualità).	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	Redazione/Aggiornamento della Procedura di qualità: SI/NO	ANNUALE
39	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile	Gestione del patrimonio	Cattiva o omessa gestione di <u>beni immobili</u> a) Distorsione delle modalità di selezione del contraente in caso di dismissione, vendita, locazione e affitto b) Conflitti di interesse tra Fondazione e contraente (Locatario/acquirente) c) Inefficienza gestione immobili	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia (eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività) - potenziale conflitto di interesse - mancanza di personale a supporto della struttura Conclusioni con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo esercitato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	a) Procedura a evidenza pubblica nella selezione dei contraenti (acquirente, locatario) b) verifica relativa all'assenza di conflitti di interesse c) proposta di progetto congiunto s.c. AGL e s.c. PST per efficientamento della gestione degli immobili (trasmesso alla Direzione Amministrativa in data 30/10/2018, per valutazioni con la Direzione Strategica)	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° contraenti selezionati con procedure pubbliche (acquirenti, locatari) / N° dei contraenti: 100% a1) Numero dei contratti di affitto/locazione prorogati nell'arco dell'anno (valore atteso: 0) b) N° verifiche sull'assenza di conflitti di interesse: 100% c) Approvazione Progetto da parte della Direzione Strategica e successiva proposta al C.d.A.: SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
40	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Garanzie fideiussorie	Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie Enti Sireg	Rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili che possono comportare difficoltà al momento dell'escussione	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusione: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifiche semestrali: 100%	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Verifiche semestrali: 100%	SEMESTRALE
41	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione del magazzino	Gestione del patrimonio	Danno Erariale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusione: Il rischio è di difficile contenimento.	a) Elaborazione di una procedura interna per il controllo delle giacenze e degli arrivi (sia in fase di deposito che di utilizzo) b) Rendicontazione annuale	Gruppo di lavoro: s.c. Provveditorato s.c. PST s.c. Farmacia s.c. ICT e SIA s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Provveditorato s.c. ICT e SIA s.c. Farmacia s.c. Ingegneria Clinica	a) Elaborazione/aggiornamento di una procedura interna : SI/NO b) rendicontazione annuale	ANNUALE
41	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Oblazioni in denaro	Gestione del patrimonio	Danno Erariale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento.	a) Elaborazione di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione b) formalizzazione con provvedimento amministrativo c) Pubblicità sul sito Internet	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	a) Elaborazione/aggiornamento di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione: SI/NO b) formalizzazione con provvedimento amministrativo: SI/NO c) Pubblicità sul sito Internet: SI/NO	ANNUALE
42	D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Patrimonio disponibile	Valutazione circa conferimento di incarico a Notaio	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta del professionista secondo il criterio di rotazione e competenza.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività - assenza di competenze del personale addetto ai processi - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	a) Aggiornamento annuale dell'albo previa verifica dei curricula dei professionisti ai fini dell'inserimento nell'Albo della Fondazione e relativo monitoraggio b) Pubblicazione Albo della Fondazione sul sito web della Fondazione	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo / N° richieste di inserimento: 100% b) Pubblicazione Albo della Fondazione: SI/NO	ANNUALE
43	D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del Contenzioso	Valutazione circa conferimento di incarico al medico - legale in caso di CTP e ATP	Ritardo nell'individuazione e conseguente conferimento di incarico al consulente medico-legale con possibile pregiudizio della Fondazione.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	a) Aggiornamento annuale dell'albo previa verifica dei curricula dei professionisti ai fini dell'inserimento nell'Albo dei medici-legali della Fondazione e relativo monitoraggio b) pubblicazione albo dei medici-legali della Fondazione	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo dei medici-legali / N° richieste di inserimento: 100%. b) pubblicazione albo dei medici-legali della Fondazione: SI/NO	ANNUALE
44	D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del Contenzioso	Valutazione circa conferimento di incarico a legale esterno	a) Rischio di conferimento di incarico a legale esterno in presenza di legali interni con professionalità adeguata alla gestione del contenzioso b) Insufficienza di meccanismi di qualificazione per l'inserimento nell'Albo Legali della Fondazione c) trasparenza dell'affidamento degli incarichi	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge dagli atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività - assenza di competenze del personale addetto ai processi - potenziale conflitto di interesse - per la natura dell'incarico: eccessiva discrezionalità nella scelta finale del professionista Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza. Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica sistematica della possibilità di gestione del contenzioso tramite legale interno b) Verifica dei curricula per l'inserimento nell'Albo Legali della Fondazione c) pubblicazione dell'aggiornamento annuale dell'albo dei legali ed elenco degli incarichi affidati (oggetto, provvedimento, importo, periodo)	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) Verifica della possibilità di gestione del contenzioso tramite legale interno: 100% dei contenziosi b) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo Legali / N° richieste di inserimento: 100% c1) pubblicazione dell'aggiornamento annuale dell'albo dei legali della Fondazione: SI/NO c2) Pubblicazione dell'elenco degli affidamenti: SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
45	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Gestione del Contenzioso	Emissione dei pareri legali a supporto della legittimità, correttezza formale delle attività della Fondazione	a) Rischio di conferimento di incarico a legale esterno in presenza di legali interni con professionalità adeguata. b)Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta dell'esternalizzazione del parere e uso distorto della pareristica.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta parzialmente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività; - eccessiva di discrezionalità; - potenziale conflitto di interesse; - scarsa chiarezza della normativa di riferimento Conclusioni: Le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica su assenza di professionalità interne; b) Verifiche dell'assenza di conflitto d'interesse e della specifica competenza nella materia del parere del professionista	**s.c. Affari Generali e Legali**	**s.c. Affari Generali e Legali**	a) Verifica assenza professionalità interne: 100% b1) Verifiche sull'assenza di conflitti di interesse : 100% b2) verifica curriculum vitae e competenza in materia del professionista: 100%	ANNUALE
46	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Convenzioni passive	Convenzioni passive sanitarie	Abuso nel procedimento di individuazione del soggetto con il quale stipulare convenzione passiva	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi e da procedure interne. Elementi di criticità: - sovrapposizione del potere e/o delle competenze - eccessiva di discrezionalità nella scelta - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Verifica sull'effettuazione di una ricerca di mercato che coinvolga almeno tre strutture sanitarie Verifica costante della presenza di adeguata motivazione circa la scelta della struttura da parte della Direzione Medica	**s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni**	**s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni**	Controllo dei prerequisiti necessari alla stipula delle convenzioni (es. presenza di idonea motivazione della scelta, e di ricerche di mercato): 90% delle convenzioni stipulate annualmente	ANNUALE
47	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Convenzioni passive	Convenzioni passive sanitarie	Rischio di mancato controllo della spesa tra ordinato e stanziato nelle convenzioni sanitarie passive o di scorretta programmazione	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - inadeguatezza o assenza di competenze del personale amministrativo addetto al processo - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A - mancata informatizzazione Conclusione: allo stato, le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Controllo tra ordinato e stanziato nella previsione annuale del budget effettuato trimestralmente tramite un report degli ordinativi fornito dalla Direzione Medica (Misura indicata dal NdV)	**s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni** **Direzione Medico di Presidio**	**s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni (Coordinatore)** **Direzione Medico di Presidio**	Verifica trimestrale di congruità tra valore delle ordinazioni e budget stanziato: SI/NO	ANNUALE
48	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Controllo di gestione	Valutazione delle performance delle strutture e relativa erogazione	Rettifica ingiustificata dei dati necessari alla valutazione degli obiettivi al fine di favorire una particolare struttura Sperequazione economica delle retribuzioni a parità di funzioni	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Criticità: - mancanza di uniformità ed equità nella ripartizione delle "risorse aggiuntive a valtu titolo" - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività - complessità della normativa di riferimento. - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A - potenziale conflitto di interessi Conclusioni Le verifiche appaiono adeguate a ridurre il rischio	Determinazione n. 10DG del 25 gennaio 2017 - "Approvazione della procedura amministrativa per la gestione del processo di budget" e controllo a campione (in collaborazione con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) delle valutazioni al fin di rafforzare le procedure di elaborazione dei dati necessari alla valutazione, così riassumibili: 1. i dati vengono elaborati da uffici diversi; 2. l'addetto del Controllo di Gestione inserisce i dati nel sistema di valutazione; 3. la PO del Controllo di Gestione effettua un primo controllo sui dati elaborati; 4. il Responsabile della struttura effettua un secondo controllo sui dati; 5. Il Nucleo di Valutazione verifica l'intero processo e controlla a campione i dati	**s.s. Controllo di Gestione**	**s.s. Controllo di Gestione**	Rispetto dei tempi e di quanto previsto dalla Determinazione n. 10DG del 25 gennaio 2017; Verifiche a campione: > 5% del totale obiettivi valutati	ANNUALE
49	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Gestione sinistri	Liquidazione risarcimenti sotto soglia SIR (gestione diretta dei sinistri)	a) Abuso nell'acquisizione di consulenti al fine di agevolare particolari soggetti b) Mancanza di trasparenza nell'istruzione delle vertenze c) Discrezionalità nella gestione dei sinistri d) Danno erariale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta completamente governato (da Legge, atti amministrativi e procedure interne). Elementi di criticità: - Eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività - potenziale conflitto di interessi; - complessità della normativa di riferimento; - eccesso di discrezionalità Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Procedura a evidenza pubblica nella scelta dei consulenti legale e medico-legale; b) Verifica dei sinistri da parte del Comitato Valutazione Sinistri con metodo collegiale; c1) Aggiornamento della procedura interna per la gestione dei sinistri e per la definizione transattiva degli stessi c2) Conforme proposta alla Compagnia di Assicurazione per l'inserimento di clausole specifiche nel contratto con la Compagnia per la gestione dei sinistri c.d. borderline (con valore prossimo alla soglia SIR) d) Comunicazioni alla Corte dei Conti degli esborsi derivanti dalla liquidazione dei sinistri nei limiti delle indicazioni della Magistratura contabile	**s.c. Affari Generali e Legali**	**s.c. Affari Generali e Legali**	a) Predisposizione bandi di gara per la selezione: 100% b) Numero sinistri trattati nel CVS: 100%; Predisposizione verbali: 100% c1) Aggiornamento Procedura: SI/NO c2) Integrazione del contratto con la Compagnia Assicuratrice per gestione dei casi bordline: SI/NO d) Comunicazioni alla Corte dei Conti: 100%	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
50	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Relazioni con il pubblico	Gestione delle segnalazioni dell'utente	Rischio di mancata o inadeguata gestione delle segnalazioni (potenziali atti illeciti o di malagestio)	MEDIO/BASSO	Processo: le segnalazioni pervenute all'Urp sono gestite tenendo conto delle procedure (interne) e delle Leggi Elementi di criticità: - Assenza di comunicazione tra ufficio stessa P.A - eccesso di discrezionalità Conclusioni: l'esperienza pregressa ci consente di affermare che il controllo applicato sui processi dell'URP è adeguato a riconoscere ed eventualmente neutralizzare nel modo più veloce e preciso possibile tali rischi	Redazione di una procedura interna che disciplini la gestione delle segnalazioni per contenuto e materia	**Ufficio Relazioni con il Pubblico**	**Ufficio Relazioni con il Pubblico**	Redazione della procedura interna: SI/NO	ANNUALE
51	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Relazioni con il pubblico	Gestione delle richieste dell'utente che richiede esami non disponibili presso la Fondazione nelle tempistiche richieste.	Discrezionalità , con potenziale beneficio di soggetti terzi, nel fornire indicazioni ai pazienti che richiedono supporto nella scelta della struttura in cui effettuare esami non disponibili presso la Fondazione	MEDIO	Processo: il controllo di questo processo è governato da procedure interne in quanto, al momento, non è ancora vincolato dalla legge. La gestione del rischio è lasciata agli operatori dell'Urp (nessun altro esterno all'ufficio), in modo totalmente trasparente Elementi di criticità: - scarsa chiarezza della normativa di riferimento Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza e a diminuire il rischio	Verifica necessità di revisione e distribuzione presso l'URP ed i CUP di una comunicazione scritta al paziente concordata e trasparente su come cercare la struttura rispondente ai suoi bisogni	**Ufficio Relazioni con il Pubblico**	**Ufficio Relazioni con il Pubblico**	Verifica necessità di revisione della comunicazione al paziente: SI/NO Revisione: SI/NO Numero di comunicazioni scritte distribuite annualmente ai pazienti (URP e CUP)	ANNUALE
52	**D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Rapporti con operatori economici, fornitori e soggetti terzi	Modalità di regolamentazione dell'attività di informazione tecnico-scientifica	Rischio relativo a conflitti di interessi tra operatori della Fondazione e fornitori/informatori scientifici	MEDIO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse Conclusioni: la misura è stata introdotta nel 2019 pertanto necessita di un'adeguata diffusione. Le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al massimo il rischio	Redazione di regolamento dell'attività di informazione tecnico-scientifica (sul farmaco, sui dispositivi medici, sugli alimenti dietetici e apparecchiature elettromedicali)	**s.c. Farmacia**	**s.c. Farmacia** **s.c. DMP,** **s.c. Provveditorato** **s.c. Ingegneria Clinica** **s.c. SITRA** **Direzione Scientifica**	Redazione regolamento: SI/NO	ANNUALE
AREE SPECIFICHE											
53	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Valutazione della qualità scientifica dei nuovi studi clinici (profit e non profit) prima di essere sottoposti al Comitato Etico	Rischio relativo a incompleta istruttoria degli studi clinici prima di essere sottoposti al Comitato etico.	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato al documento di organizzazione e funzionamento dell'IRB Non si evidenziano criticità Conclusioni: l'organismo IRB è risultato perfettamente in grado di evitare qualsiasi rischio relativo alla incompleta istruttoria degli studi clinici prima di essere sottoposti al Comitato Etico. Il documento di organizzazione e funzionamento dell'IRB non necessita di alcuna modifica.	Verifica sulla necessità di adeguamento del Documento di organizzazione e funzionamento dell'Internal Review Board (DO-IRB-DSC).	**Direzione Scientifica**	**Direzione Scientifica**	Verifica sulla necessità di aggiornamento: SI/NO Revisione: SI/NO	ANNUALE
54	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Affidamento incarichi a Studi Brevettuali per la tutela della Proprietà intellettuale	a) Elusione delle regole di affidamento mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento diretto al fine di agevolare un particolare soggetto; b) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta dello studio brevettuale c) trasparenza dell'affidamento degli incarichi	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge, da atti amministrativi e da procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - impossibilità di prevedere ab origine l'evoluzione dell'iter brevettuale a maggior ragione nel caso in cui la tutela venisse estesa presso ordinamenti stranieri Conclusioni: le attività da affidare vengono attentamente valutate da apposita Commissione Brevetti costituita da esperti in materia. Il tipo di controllo applicato sul processo risulta idoneo alla neutralizzazione del rischio	a) Aggiornamento/Monitoraggio albo e verifiche interne di assenza di conflitto d'interesse per l'ingresso all'albo; b) Verifica di assenza del conflitto di interesse e delle specifiche competenze dello studio brevettuale inserito nell'albo. c) pubblicazione albo ed elenco degli incarichi affidati (soggetto, provvedimento, importo, periodo)	**s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)**	**s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)**	a) aggiornamento albo: SI/NO Verifica di assenza di conflitto di interesse per l'ingresso all'albo: 100% b) Verifiche sull'assenza di conflitto di interesse in fase della scelta dello studio brevettuale: 100% Valutazione capacità professionale: 100% c) pubblicazione dell'albo degli Studi Brevettuali della Fondazione ed dell'elenco degli affidamenti SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
55	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Sperimentazioni cliniche	Eccessiva discrezionalità nella gestione delle sperimentazioni cliniche che coinvolgono portatori d'interesse commerciale con potenziale beneficio degli stessi e/o del personale interessato e conseguente conflitto di interessi	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia: eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività; - complessità della normativa di riferimento; - potenziale conflitto di interessi Conclusione: Sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio	Verifica sulla necessità di aggiornamento /revisione del Regolamento per la disciplina delle sperimentazioni cliniche presso la Fondazione	s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)	s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) Direzione Scientifica s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Verifica necessità di aggiornamento: SI/NO Revisione effettuata: SI/NO	ANNUALE
56	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Gestione delle segnalazioni di sospetta condotta scientifica scorretta	Rischio relativo alla mancata o inappropriata gestione di segnalazione di scorretta conduzione della ricerca pre-clinica e clinica	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato alla procedura PRO-G-25-DSC Non si evidenziano criticità Conclusione: il rischio risulta ampiamente arginato dalla procedura citata	Attuazione della Procedura PRO-G-25-DSC "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica"	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Numero segnalazioni raccolte annualmente Gestione 100% delle segnalazioni	ANNUALE
57	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (Formazione)	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	MEDIO/BASSO	Il processo non è vincolato a Leggi specifiche Criticità: si riscontra una limitata sensibilità al tema Conclusione: le misure attuate assicurano una buona diffusione della conoscenza della materia e una conseguente migliore applicazione della qualità e della buona pratica nella ricerca. Le misure risultano quindi adeguate ridurre il rischio individuato	Formazione dei Ricercatori sui temi dell'integrità della condotta scientifica, in particolare svolgimento di - evento formativo in materia di scorretta condotta scientifica, conflitto di interessi e di divulgazione della procedura qualità "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica" - evento formativo inerente l'integrità nella ricerca scientifica dedicato in particolare ai nuovi ricercatori	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Svolgimento di almeno due eventi formativi : SI/NO	ANNUALE
58	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (conflitto di interesse)	Mancata autodichiarazione di interessi	MEDIO	Il processo è vincolato a leggi e atti amministrativi Elementi di criticità: sottovalutazione del rischio e difficile sensibilizzazione dei ricercatori Conclusione: la misura attuata risulta adeguata ad arginare il rischio	Verifica sulla necessità di aggiornamento del modello istituzionale di autodichiarazione di conflitto di interesse	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Verifica sulla necessità di aggiornamento del modello istituzionale di autodichiarazione di conflitto di interesse: SI/NO	ANNUALE
59	E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (Research Data Management)	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	MEDIO/BASSO	Il processo non è vincolato a leggi specifiche Elementi di criticità: mancanza di linee guida e procedure operative specifiche Conclusione: le misure individuate sono ampiamente adeguate ad arginare il rischio	Redazione di procedura interna sulla gestione dei dati dell'area scientifica (Research Data Management). Stesura di procedure operative (SOP) in materia di gestione dei dati dell'area scientifica	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Redazione procedura qualità sulla gestione dei dati: SI/NO Redazione SOP in materia di gestione dei dati dell'area scientifica: SI/NO	ANNUALE
60	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle prenotazioni in regime di LP	Errata gestione del processo di prenotazione in regime Libera Professione (potenziali atti illeciti o di malagestio).	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Criticità: eccesso di discrezionalità Conclusione: Le verifiche risultano sufficientemente idonee alla neutralizzazione del rischio	Redazione procedura interna inerente la gestione delle prenotazioni in regime di libera professione	s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni	s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni	Verifica relativa all'aggiornamento/revisione della Procedura: SI/NO	ANNUALE
61	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle prenotazioni in regime S.S.N.	Abuso nel processo di prenotazione in regime S.S.N. al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in coda alla lista di attesa)	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Criticità: - eccesso di discrezionalità - inadeguata diffusione della cultura della legalità. - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto. - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusione: Le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	Stesura procedura interna per la gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N	s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni	s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni	Verifica relativa all'aggiornamento della procedura interna relativa alla gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N. - SI/NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
62	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima alla lista di attesa)	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	A) Controllo giornaliero da parte della DMP dei ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità B) verifica periodica delle azioni previste dal vigente regolamento ricoveri C) Controllo giornaliero delle autorizzazioni del ricovero di tutti i pazienti stranieri D) Verifica a campione (5%) dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e/o ricovero e il loro effettivo svolgimento (allungamento fittizio delle liste d'attesa)	Direzione Medica di Presidio	s.c. gestione amministrativa servizi sanitari e convenzioni Direzione Medica di Presidio	A) Controllo giornaliero dei ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità: 100% B) controllo mensile dei tempi di attesa di ricovero per patologia: 100% C) Controllo e autorizzazione dei ricoveri a pazienti stranieri: 100% D) Verifica a campione (5%) corrispondenza dati anagrafici: SI/NO	SEMESTRALE
63	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi. Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto. - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è variegato e di difficile contenimento Allo stato le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio.	Verifica dell'utilizzo e della distribuzione dell'informativa di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi: comprensiva di nota esplicativa riportante le indicazioni relative alla gestione del paziente ricoverato in regime SSN/R, a seguito di prima visita in regime di libera professione	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio Ufficio Relazioni con il Pubblico	Verifica semestrale dell'utilizzo e della diffusione dell'informativa di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi: SI/NO	ANNUALE
64	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Cartelle cliniche e documentazione sanitaria	Illegittima divulgazione del contenuto delle cartelle cliniche e della documentazione medica con conseguente di ordine penale e amministrativo	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità. eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività Conclusioni. il tipo di controllo programmato sul processo assicura la riduzione del rischio	Verifica delle richieste e dei rilasci delle cartelle cliniche e della documentazione medica Informatizzazione del sistema di formazione e archivio	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio s.c. ICT e SIA	Verifica su tutti i rilasci della documentazione sanitaria: 100% Completamento del processo di informatizzazione delle cartelle cliniche SI/NO	ANNUALE
65	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento. Le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	Controlli a campione periodici dei tempi medi di attesa terapie e ricoveri (annuale)	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Monitoraggio annuale degli indicatori di efficacia ed efficienza relativi ai tempi medi di attesa terapie e ricoveri Controlli a campione su base annuale (controllo 1 mese/quadrimestre): SI/NO	ANNUALE
66	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Incassi	Mancato incasso	Danno Erariale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni. Il rischio è di difficile contenimento.	Elaborazione di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Elaborazione di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione: SI/NO	ANNUALE
67	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Incassi	Emissione fatture in libera professione (ricoveri)	Errata fatturazione volta a favorire particolari soggetti tramite sconti non dovuti	MEDIO	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne Criticità: - le norme contrastano con la programmazione dell'attività dei dirigenti medici e ciò fa sì che non si eliminino del tutto le violazioni - potenziale conflitto di interesse - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni. il rischio è variegato. nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Elaborazione ed attuazione di un piano annuale dei controlli su base mensile volto a rafforzare la procedura esistente : 1) i dati di attività necessari alla fatturazione sono prodotti dalle diverse unità operative erogatrici delle prestazioni e sono conservati nella cartella che contiene tutta la documentazione amministrativa 2) tali dati vengono successivamente caricati nel sistema da un addetto diverso da quello che ha emesso la fattura, il primo dei due effettua un controllo di coerenza di massima tra il fatturato e il tariffario.	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	Elaborazione ed attuazione di un piano annuale dei controlli : verifica di un campione pari ad almeno 10 fatture al mese.	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
68	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Controlli amministrativi di conformità al Regolamento Aziendale per l'Attività Libera Professionale Intramoenia	Mancato rispetto delle regole di natura amministrativa di cui al regolamento aziendale in materia Libera Professione	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne. Criticità: - possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza. - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni Le verifiche sono adeguate a contenere il rischio	Elaborazione e attuazione di un programma annuale dei controlli amministrativi (con cadenza mensile)	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP	1. Elaborazione "Programma dei controlli entro il 31 marzo di ogni anno. 2. attuazione dei controlli mensili entro il giorno 10 del secondo mese successivo.	ANNUALE
69	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Volumi di attività istituzionale	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	MEDIO/BASSO	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne. Criticità: - possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza. - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni Le verifiche appaiono, allo stato, adeguate a contenere il rischio	a) Verifica a campione dei volumi di attività svolti dai medici in libera professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati b) Monitoraggio dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e l'effettivo svolgimento.	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	a) Verifica Mensile dei volumi di attività svolti dai medici in libera professione: SI/NO b) Monitoraggio dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e l'effettivo svolgimento sul campione rilevato: % prestazioni erogate in LP / % prestazioni erogate in SSN	ANNUALE
70	F. Attività libero professionale e liste di attesa	Attività sanitaria	Attuazione del codice di comportamento in relazione ad atti di liberalità verso personale che svolge attività di supporto alla libera professione	Mancato rispetto del codice di comportamento del dipendente in relazione all'accettazione di somme di denaro o altre utilità superiori alla soglia stabilita nel Codice di comportamento della Fondazione	MEDIO	Il processo risulta governato da atti amministrativi e procedure interne Criticità: - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori - inadeguata diffusione della cultura della illegalità Conclusione le verifiche programmate risultano adeguate a contenere il rischio nonostante lo stesso appaia di difficile monitoraggio	a) Redazione delle indicazioni in merito alla disciplina delle eventuali oblazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi e diffusione delle stesse a tutte le sti attive e di degenza della Fondazione. b) Verifica necessità di aggiornamento/revisione delle indicazioni in merito alla disciplina delle eventuali oblazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi	s.c. SITRA	s.c. SITRA	a) Controllo delle disposizioni impartite in merito alle oblazioni al personale infermieristico e di supporto (controllo codice di oblazioni specifico) SI/NO b) Verifica di revisione e/o aggiornamento della procedura: SI/NO	SEMESTRALE
71	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia	Mancato rispetto delle procedure aziendali relative ai processi di identificazione acquisto e controllo dell'appropriatezza prescrittiva	MEDIO	Il processo risulta governato dalla procedura PRO-P-01 0 Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	A) Controllo periodico dell'applicazione delle procedure aziendali per la gestione del farmaco. B) Prontuario Farmaceutico Ospedaliero. C) Registri di monitoraggio prescrittivi D) Procedure aziendali in qualità per la gestione del farmaco.	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	A e B) Farmaci sottoposti a Monitoraggio AIFA =100% C) Pubblicazione PTO entro 31.12 di ogni anno D) Verifica procedure: 2/anno	ANNUALE
72	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia - Completamento della tracciabilità informatizzata dei farmaci dalla Farmacia al Paziente	Mancanza di tracciabilità completa del farmaco sino al destinatario finale con conseguenti errori di contabilizzazione	MEDIO	Il processo risulta governato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Avvio della tecnologia di lettura ottica bottella farmaci nella fase di ricevimento e distribuzione al reparto/paziente	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	Tracciabilità Farmaco in uscita da Centrale Produzione Farmaci =100% delle terapie per il paziente	ANNUALE
73	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia -Farmaci al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica (Off-Label)	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Off-Label sino al destinatario finale con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	MEDIO	Il processo risulta governato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusione le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Controllo e revisione periodica Procedura <u>Farmaci off Label</u>	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno. 2) Verifica rispetto procedura: > 80% 3) Relazione Costi Off Label: SI/ NO	ANNUALE

	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	**MONITORAGGIO** (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
74	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia -Farmaci al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica (Terapia Domiciliare)	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Domiciliarismo al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	MEDIO	Il processo risulta governato dalla procedura PRO -G-02 FARMACIA Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusione: Le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Controllo periodico Procedura Farmaci Terapia Domiciliare	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno; 2) Verifica rispetto procedura > 80% Targatura Farmaci Terapia Domiciliare > 50% 3)	ANNUALE
75	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei dispositivi medici in Farmacia	Mancato rispetto delle procedure aziendali per l'acquisto dei dispositivi medici ad alto costo, rischio di discrezionalità del clinico nella scelta del dispositivo dell'utilizzatore	MEDIO	Il processo risulta governato dalla procedura PRO-POTFAR-02-01 Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di un unico soggetto Conclusione: le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura in qualità per la gestione dei dispositivi medici b) Controllo periodico dell'applicazione delle procedure aziendali per la gestione del dispositivo medico ad alto costo c) Verifica sulla necessità di aggiornamento della Istruzione operativa aziendale in qualità per l'acquisto di dispositivi medici ad alto costo, procedure aziendali per la gestione del dispositivo; d) Prontuario dispositivi medici completamente revisionato	s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	a) Verifica necessità aggiornamento: SI/NO Revisione procedura: SI/NO b) Verifica rispetto procedura > 80% c) Verifica necessità aggiornamento istruzione operativa SI/NO Revisione istruzione operativa: SI/NO d) Pubblicazione Prontuario dispositivi entro 31.12 di ogni anno su intranet aziendale	ANNUALE
76	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sponsorizzazioni	Revisione delle procedure interne inerenti le sponsorizzazioni	Rischio di potenziale di fidelizzazione tra sponsor e singolo professionista Eccessiva discrezionalità nella gestione di processi che coinvolgono portatori d'interesse commerciale con potenziale beneficio degli stessi. e/o del personale interessato	MEDIO	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne. Criticità a) mancanza di trasparenza, b) inadeguata diffusione della cultura della legalità. c) sospetto conflitto di interesse. Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Revisione delle procedure interne qualità inerenti le sponsorizzazioni sulla base delle emanande linee guida di Regione Lombardia; - sponsorizzazione di eventi formativi interni - partecipazione sponsorizzata ad eventi extrasede in qualità di uditore - realizzazione all'interno dell'azienda di iniziative organizzate da provider esterni e sponsorizzati da ditte esterne	s.c. Sistema Qualità, Formazione e Protezione Dati	s.c. Sistema Qualità, Formazione e Protezione Dati	Revisione procedure interne inerenti: - sponsorizzazione di eventi formativi interni SI/NO - partecipazione sponsorizzata ad eventi extrasede in qualità di uditore SI/NO - realizzazione all'interno dell'azienda di iniziative organizzate da provider esterni e sponsorizzati da ditte esterne SI/NO	ANNUALE
77	G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sponsorizzazioni	Sponsorizzazione della partecipazione ad eventi extrasede in qualità di uditore	Rischio di potenziale fidelizzazione tra sponsor di eventi formativi e singolo professionista partecipante all'evento formativo sponsorizzato	MEDIO/BASSO	Rischio di potenziale fidelizzazione tra sponsor di eventi formativi e singolo professionista partecipante all'evento formativo sponsorizzato	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne Criticità - mancanza di trasparenza - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	s.c. Sistema Qualità, Formazione e Protezione Dati	s.c. Sistema Qualità, Formazione e Protezione Dati Personale partecipante all'evento extrasede	Monitoraggio attraverso un set di indicatori dell'applicazione della procedura sulla partecipazione ad eventi extrasede in qualità di uditore su invito proveniente dall'esterno. Verifica su aggiornamento della procedura redatta come misura di prevenzione	ANNUALE
78	H. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività sanitaria	Attività conseguente al decesso in ambito intraospedaliero	A) Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa funeraria B) Segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie	MEDIO/BASSO	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Revisione dei modelli di verifica della procedura interna (linee guida Polizia Mortuaria) e miglioramento delle procedure di verifica interna già esistenti attraverso report annuali; b) Verifica interna, a campione, dei registri della camera mortuaria in relazione alle imprese funebri utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozione di eventuali azioni correttive	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	a) Revisione procedura interna: SI/NO b) Controllo a campione su base semestrale: 5% dei decessi in ospedale, verifica interna, a campione, dei registri della camera mortuaria in relazione alle imprese funebri utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozione di eventuali azioni correttive: superiori al 50%	ANNUALE

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
DISPOSIZIONI GENERALI	**Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza**	Art. 10, c. 8, lett. a) D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016 Delib. ANAC n. 831 del 3.8.2016 (PNA) Linee Guida ANAC n. 1310/2016	**Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativo stato di attuazione (PTPCT)** Inviare a Regione Lombardia (alle caselle mail: welfare@pec.regione.lombardia.it e proposteanticorruzione@regione.lombardia.it) comunicazione con link di pubblicazione dell'aggiornamento del piano **Pubblicare sul sito web entro un mese dall'adozione**	**Responsabile trasparenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale, entro 31 gennaio	Sono pubblicati i piani dal 2013 al 2022	aggiornamento annuale con link alla sotto-sezione Altri contenuti/corruzione: entro 10 giorni dall'approvazione
	Atti generali	Art. 12, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016	**Riferimenti normativi** con i relativi link alle norme di legge che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività dell'ente	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)	Sono pubblicati i riferimenti delle leggi statali pubblicate nella banca dati "Normattiva"	aggiornamento trimestrale, entro il mese successivo al trimestre di riferimento
			<u>Atti Amministrativi Generali:</u> direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse <u>Documenti di programmazione strategico-gestionale:</u> direttive, documenti di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	**Dirigenti delle strutture della Fondazione** secondo competenza, individuate dal vigente Provvedimento Organizzativo	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)	Sono pubblicati: Statuto, Regolamenti, codici comportamento. Piano Organizzazione Aziendale e Provvedimento Organizzativo. Gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza sono definiti nel PTPC	aggiornamento entro 30 giorni dalla data di approvazione
		Art. 12, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016	**Statuti e leggi regionali:** estremi e testi ufficiali aggiornati degli statuti e delle norme di legge regionali che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'Amministrazione	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)	Sono pubblicati i riferimenti delle leggi regionali pubblicate nella banca dati regionale	aggiornamento trimestrale, entro il mese successivo al trimestre di riferimento
		Art. 55, c.2 D.Lgs. n. 165/2001 Art. 12, c 1 D.Lgs. n. 33/2013	**Codice disciplinare e codice di condotta**: Codice disciplinare recante l'indicazione delle infrazioni del codice discipliare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7 L. 300/1970); codice di condotta inteso quale codice di comportamento.	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)	Sono pubblicati: Codice etico comportamentale e modello organizzativo, codice di comportamento dei dipendenti e relativa relazione, e Codice Disciplinare per dirigenza e comparto.	aggiornamento entro 30 giorni dalla data di approvazione

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34 DLgs. n. 33/2013	**Scadenzario degli obblighi amministrativi**	//	//	tempestivo	Non esistono obblighi amministrativi cui cittadini o imprese sono tenuti nei confronti della Fondazione	//
ORGANIZZAZIONE	**Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, c1bis DLgs. n.33/2016**	Art. 13, c. 1, lett. a), b), c), d), e), f), art. 14 e art. 47 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 -Artt. 1, 2, 3 e 4 L 441/1982 -DLgs. 39/2013 -delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016; -comunicato Presidente ANAC 20.12.2016 (per i soggetti tenuti per la 1^ volta i dati vanno pubblicati entro il 31.3.2017 salvo dichiarazioni reddituali da pubblicare entro un mese dalla scadenza del termine per presentazione dich.redditi 2016) -Nota Ministero Salute13.2.2014 n. 810 (prot. INT n.1759 del 21.2.2014) -Nota Regione Lombardia (prot INT 11665 del 10.12.2014) L'aggiornamento va comunicato annualmente, entro il 31 gennaio a Min. Salute e Regione L.	**Presidente e Consiglieri del Consiglio di Amministrazione** **a)** atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico; **b)** curriculum vitae; **d)** compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; **d)** importi di viaggi e di servizio e missioni, pagati con fondi pubblici; **e)** dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti pubblici e privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; **f)** altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti; **g)** dichiarazioni concernenti diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero". Per il soggetto, per il coniuge non separato e parenti entro il secondo grado ove gli stessi vi consentano (dando eventuale evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico; **h)** copia dell'ultima dichiarazione dei redditi. Per il soggetto, per il coniuge non separato e parenti entro il 2° grado ove gli stessi vi consentano (dando eventuale evidenza del mancato consenso). [le PP.AA. devono limitare con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o dell'Amministrazione la pubblicazione di dati sensibili] **i)** dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente ovvero dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso) **j)** dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000,00 euro) **l)** dichiarazioni di inconferibilità/ incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 da aggiornare annualmente **Dati da pubblicare, salvo che l'incarico sia attribuito a titolo gratuito**	**Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza** **Struttura deputata a verifiche, adempimenti relativi alle dichiarazioni dei Consiglieri e conservazione: Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	da lett.**a) a lett. f)** e **j):** tempestivo per lett. **i), l)**: annuale Dati da pubblicare entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico. Devono restare pubblicati per i tre anni successivi alla cessazione del mandato o dell'incarico salve le informazioni del p. h che vengono pubblicate fino alla cessazione dell'incarico o del mandato. Per punti **g)** e **h)** la documentazi. va presentata una sola volta entro tre mesi dalla nomina e resta pubblicata fino a cessazione dell'incarico.	Dati pubblicati **p. j)** non applicabile ai componenti del Consiglio di Amministrazione della Fondazione in quanto trattasi di organi di nomina "non elettiva"	aggiornamento: da lett.**a)** a lett.**f):** entro 30 giorni dalla data di ricezione di dati/documenti per lett. **g)** *patrimonio)* e **h)** *(redditi)* pubblicare una sola volta entro tre mesi dalla nomina per lett. **i)** (*variaz. situaz. patrimoniale*) e **l)** (*dichiarazione inconferibilità incompatibilità*): annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ORGANIZZAZIONE	**Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, c1bis DLgs. n.33/2016**	Art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 Art. 2, c.1, e art. 4 L 441/1982	**per i cessati dall'incarico, oltre ai dati dei punti da a) a i) ed l) sopraindicati, pubblicare :** **1)** copie dichiarazioni redditi riferiti al periodo dell'incarico; **2)** copia dichiarazione redditi successiva al termine incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazioen della dichiarazione, per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso); **3)** dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso). **4)** dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000,00 euro);	**Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	punto 2: entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazioen della dichiarazione dei redditi punto **3:** la documentazione va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico	da pubblicare. in caso di cessazione p. 4) non applicabile ai componenti del Consiglio di Amministrazione della Fondazione in quanto trattasi di organi di nomina "non elettiva"	pubblicazione: punto 2 (*dich .redditi successova al termine dell'incarico* entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione dei redditi punto 3 (*variaz.situazione patrimoniale)* : la documentazione va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c.1 D.Lgs. n.33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 -delibera ANA n. 1310/2016 -Regolamento ANAC 16.11.2016	**Sanzioni per mancata o incompeleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo:** provvedimenti sanzionatori (ai sensi della L. n. 689/1981 sanzioni amministrative pecuniarie) a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'art. 14 concenenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	Nessuna sanzione alla data di approvazione del presente piano	pubblicazione degli eventuali provvedimenti sanzionatori: tempestivo. entro un mese dalla conoscenza dell'eventuale sanzione
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/ provinciali	Art. 28, c.1 D.Lgs. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali Atti e relazioni degli organi di controllo	//	//	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	Obbligo non di pertinenza degli enti del Servizio Sanitario Nazionale	//

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b) e c) D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 abrogato obbligo di pubblicare le risorse a disposizione	a) Articolazione delle strutture amministrative, con indicazione di competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, nomi ovvero dirigenti responsabili dei singoli uffici b) illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	Sono pubblicati l'assetto organizzativo e l'organico delle strutture, con i dati dei punti a) e b) comprese le "risorse a disposizione"	aggiornamento: entro 3 mesi dalla data di variazione
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d) D.Lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	**Direttore s.c. Information Comunication Tecnology e Servizi Informativi Aziendali -ICT**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	elenco pubblicato	aggiornamento: tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale, entro 31 maggio
CONSULENTI E COLLABORATORI	**Consulenti e collaboratori**	Art. 15, c.1 e 2 D.Lgs n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Art. 53, c.14, D.Lgs n. 165/2001	**Elenco aggiornato consulenti e collaboratori** contenente: **a)** gli estremi dell'atto di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (comprese collaborazioni coordinate e continuative) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato; **b)** il curriculum vitae in formato europeo; **c)** 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; **d)** i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato. **e)** attestazione di avvenuta verifica di insussistenza di potenziale conflitto di interessi; **f)** tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione Pubblica)	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS** **Direttore s.c. Affari Generali e Legali** **Responsabile s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013 Pubblicare entro tre mesi da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati **per 3 anni successivi a cessazione incarico**	da pubblicare dati del punto c): -per punto d) aggiungere nella tabella la voce "componenti variabili"	aggiornamento mensile

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
PERSONALE	**Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice**	**Art. 15, c.1 e 2,** e Artt. 41 e 47 c.1 del D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016; -Art.2, c.1 , art. 3 c.1 e art. 4 L. n. L 441/1982 -DLgs. n. 39/2013 -delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016; -comunicato Presidente ANAC 20.12.2016 -Nota Ministero Salute13.2.2014 n. 810 (prot. INT n.1759 del 21.2.2014) -Nota Regione Lomb (prot INT 11665 del 10.12.2014) -Delib.ANAC 586/2019 e nota regionale 25.7.2019 (applicazione art. 14 anzichè 15 del D.Lgs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DD-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti. -art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanazione di regolamento per individuaz.dati da pubblicare.	**Per SSN: Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario** **a)** estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, con indicazione della durata dell'incarico ed informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento; **b)** curriculum vitale redatto su modello europeo; **c)** 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; **d)** i compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; **e)** dichirazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico.	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	**tempestivo** ex art. 8 D.lgs. n.33/2013 Pubblicare entro tre mesi da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati per 3 anni successivi a cessazione incarico	pubblicato	aggiornamento: tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale entro il 31 gennaio
		Sentenza 21.2.2019 n.20 Corte Costituzionale dichiara illegittimità cost.art.4c.1bis ove prevede pubblicaz. dich.redditi e patrim. per tutti i dirigenti anzichè solo per i dirigenti apicali statali. -Nota DGWelfare Lombardia 28.11.2019 invita enti sanitari a sospendere raccolta dati economico-patrim. dei dirigenti e loro pubblicazione. -Delib.ANAC 586/2019 e nota regionale 25.7.2019 (applicaz.art. 14 anzichè 15 del D.Lgs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DDip-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti. -art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanaz. di regolamento per individuaz.dati da pubblicare. - **Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019 prevedendo pubblicaz. di dati patrimoniali solo per direttori apicali (DG, DSC, DS, DA)**					

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
PERSONALE	**Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)**	**Art. 15, c.1 e 2**, e Artt. 41 e 47 c.1 del D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016: -Art.2, c.1 , art. 3 c.1 e art. 4 L. n. L 441/1982 -DLgs. n. 39/2013 -delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016; -Parere del Consigliere giuridico della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia (prot. 13.1.2017 n. 346) in riscontro a questito posto dalla Fondazione con nota 28.1.22016 prot. 12366 -delibANAC 82/2017 ha sospeso efficacia della del. 241/2017 su applicaz art. 14 c. 1 lett c) e f) DLgs. n.33/2013,(pubblicazione dich. patrimoniali, reddituali, ammontare emolumenti a carico finanza pubblica e importi viaggi di servizio e missioni con oneri a carico finanza pubblica). -Sentenza 21.2.2019 n. 20 della Corte Costituzionale dichiara illegittimità cost. art.14c.1bis ove prevede pubblicaz di dich.redditi e patrimonio per tutti i dirigenti anzichè solo per i dirigenti apicali statali. -Delib.ANAC 586/2019 e nota regionale 25.7.2019 (applicazione art. 14 anzichè 15 del D.Lgs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DD-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti. -art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanazione di regolamento per individuaz.dati da pubblicare. **- Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019**	**SSN - Dirigenti con incarico di direzione di dipartimento, di struttura complessa o semplice.** a) estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, con indicazione della durata dell'incarico ed informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento; b) curriculum vitale redatto su modello europeo; c) 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 (compresa attività in libera professione) d) i compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS** **Direttore s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e LP (per i volumi di attività LP-punto c)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	**Tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013** pubblicare entro 3 mesi dalla nomina /conferimento incarico. I dati devono restare pubblicati per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.	pubblicato eccetto punto c) per la parte relative alla titolarità di cariche Per i dati del punto a) link alla sezione concorsi	aggiornamento tempestivo: entro il mese successivo alla variazione

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 19, c.1bis DLgs. n. 165/2001	**Posti di funzione disponibili:** numero e tipologia di posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento tempestivo in caso di variazioni ovvero aggiornamento annuale
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 1 c.7 DPR 108/2004	**Ruolo dirigenti**	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale	non applicabile alla Fondazione	//
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47 Dlgs n. 33/2013 modif dal D.Lgs. n. 97/2016; -delibera ANAC 1310/2016; -Regolamento ANAC 16.11.2016;	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'art. 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il 2° di parentela nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	nessuna sanzione	pubblicare ove presenti sanzioni: entro un mese dalla conoscenza della sanzione
	Posizioni organizzative	Art. 14, c 1quinquies DLgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. N. 97/2016	**curricula** dei titolari di posizioni organizzative (senza delega di funzioni dirigenziali) su modello europeo	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	I curricula delle PP.OO. sono pubblicati	aggiornamento entro 3 mesi dalla data di conferimento/ revoca
PERSONALE	**Dotazione organica**	Art. 16, c. 1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibere ANAC n. 831/2016 e 1310/2016;	Dati da pubblicare in tabelle: **a) conto annuale del personale** e delle relative spese sostenute (di cui all'art. 60, c.2 del DLgs 165/2001) nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della sua distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico. **b) costo personale a tempo indeterminato in servizio** articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale ex Art 16, c.2 DLgs. n. 33/2016	Dati pubblicati. il conto annuale viene predisposto entro il 31 maggio di ogni anno e pubblicato entro il 30 giugno	aggiornamento annuale, entro il 30 giugno

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
PERSONALE	**Personale non a tempo indeterminato**	Art. 17, c. 1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 Il D.lgs. n. 97/2016 ha eliminato l'obbligo di pubblicare la tipologia di rapporto e la distribuzione del personale in qualifiche e aree professionali	Dati da pubblicare in tabelle: **a) elenco del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato**, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico, dati relativi al personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato **b) dati relativi al costo complessivo del personale** con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	a) pubblicazione annuale b) pubblicazione trimestrale	Dati pubblicati. il conto annuale viene predisposto entro il 31 maggio di ogni anno e pubblicato entro il 30 giugno	aggiornamento: a) annuale, entro il 30 giugno b) entro il mese successivo alla scadenza trimestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Dati, da pubblicare in tabelle, relativi ai **tassi di assenza** del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	pubblicazione trimestrale	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro aprile, luglio, ottobre e gennaio con riferimento al trimestre precedente)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Delibera ANAC 1310/2016	Dati da pubblicare in tabelle: elenco degli **incarichi** conferiti o autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro aprile, luglio, ottobre e gennaio con riferimento al trimestre precedente)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 Art. 47, c.8 DLgs. n. 165/2001 Delibera ANAC 1310/2016	Riferimenti necessari per la consultazione dei **contratti e accordi** collettivi nazionali che si applicano nonché le eventuali interpretazioni autentiche .	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento mediante collegamento costante con sito ARAN

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Contratti integrativi** stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (Collegio Sindacale)	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro un mese dalla validazione degli organi di controllo
		Art. 21, c. 2 - D.Lgs. n. 33/2013 Art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009	**Costi contrattazione integrativa:** specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificati dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze che predispone allo scopo uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei Conti e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Funzione Pubblica.	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS previa acquisizione documentazione del Collegio Sindacale**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale ex art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009	pubblicato	aggiornamento annuale, entro il 30 giugno
	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Art. 10, c.8, lett. c DLgs. n. 33/2013 Par. 14.2 delib. CIVIT n. 12/2013 Delibere ANAC n. 831 /2016 e n. 1310/2016	l' OIV in Lombardia è costituito a livello regionale. Le funzioni presso la Fondazione sono svolte dal **Nucleo di Valutazione** (NdV) Pubblicazione dei nominativi, dei curricula e dei compensi dei componenti del NdV	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicati nominativi, curricula e compensi	aggiornamento entro un mese dalla nomina
BANDI DI CONCORSO	**Bandi di concorso**	Art. 19 c.1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificatOdal D.Lgs. n. 97/2016, -Art. 1, c.16 lett d) L. n. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016 Il D.lgs. n. 97/2016, con decorrenza dal 23-6-2016, ha eliminato l'obbligo di pubblicare -elenco dei bandi di concorso dell'ultimo triennio, il n. dipendenti assunti e spese connesse; - nell'elenco dei bandi in corso, la spesa prevista e gli estremi dei documenti contenuti nel fascicolo	Le amministrazioni pubblicano: **a) i bandi di concorso** per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonchè i criteri di valutazione della commissione e le tracce delle prove scritte. **b)** tabella contenente **elenco aggiornato dei bandi in corso** per l'assunzione del personale e progressione di carriera	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato per punto a) link alla sezione Bandi e Avvisi	aggiornamento: punto a) costante punto b) costante
	Sistema di misurazione e valutazione della performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010 Delibera ANAC 1310/2016	Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 D.Lgs. n. 150/2009)	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'approvazione del documento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
PERFORMANCE	**Piano della Performance**	Art. 10, c.8 lett. b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 10 DLgs. n. 150/2009 -Delibera ANAC 1310/2016	**Piano della performance** (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) pubblicazione del Piano della Performance che individua gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'approvazione del documento
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c.8 lett. b) D.Lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	**Relazione sulla Performance** (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'emanazione del documento
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi stanziati, collegati alla performance e ammontare dei premi effettivamente distribuiti	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento annuale, entro il 30 luglio
PERFORMANCE	**Dati relativi ai premi**	Art. 20, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	a) Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio b) Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi. c) grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento annuale, entro il 30 luglio
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c.1 lett a, c.2 3 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	**Responsabile trasparenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale ex art. 22 c.1 DLgs. n. 33/2013	non sono presenti enti pubblici istituiti, vigilati e finanziati dalla Fondazione	aggiornamento annuale entro gennaio in caso di variazioni

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ENTI CONTROLLATI	**Società partecipate**	Art. 22, c.2, D.Lgs. n. 33/2013 Art. 20 c.3 Dlgs n. 39/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Elenco delle società** di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c.6 DLgs. n. 33/2013). da pubblicare in tabelle, per ciascuna società : 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministrazione della società e relativo trattamento economico complessivo 8) dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) 9) collegamenti con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e dei soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale ex artt. 20, c.1 e 22 c.1 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro gennaio, ove presenti modifiche

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ENTI CONTROLLATI	**Società partecipate**	Art. 22, c.1, lett. d-bis D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 19 c.7 Dlgs n. 175/2016 -Delibera ANAC 1310/2016	**Provvedimenti** in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal DLgs 175/2016 (art 20)adottato ai sensi dell'art. 18 L 124/2015. **Provvedimenti** con cui le amministrazioni pubbliche fissabo obiettivi specifici annuali e pluriennali sul complesso delle spese di funzionamento ivi comprense quelle per il personale delle società controllate. **Provvedimenti** con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi sopraindicati.	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	non sono presenti società a partecipazione pubblica costituite dalla Fondazione	aggiornamento entro 30 giorni dalla modifica, ove presenti variazioni
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c.1 lett. c, c. 2,3 D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 20, c3 DLgs. n. 39/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	Elenco degli enti di diritto privato comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale ex art. 22, c.1 D.Lgs. n. 33/2013	non sono presenti enti di diritto privato controllati	aggiornamento annuale entro gennaio ove presenti modifiche
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), D.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'Amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale ex art. 22, c.1 D.Lgs. n. 33/2013	pubblicato: vd. tabella sotto la voce società partecipate	aggiornamento annuale entro gennaio ove presenti modifiche

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	**Tipologie di procedimento**	Art. 35, c. 1 e 3 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Art. 1 , c.29 L. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016	elenco contenente: **1)** breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili **2)** unità organizzativa responsabile dell'istruttoria **3)** ufficio del procedimento, unitamente a recapiti telefonici, casella di posta elettronica istituzionale **4)** ove diverso, ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con indicazione del nome del responsabile dell'ufficio, unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e a casella di posta elettronica istituzionale, al quale è possibile rivolgersi anche per l'acquisizione d'ufficio di dati e controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle altre pubbliche amministrazioni; **5)** modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino; **6)** termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante; **7)** procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso; **8)** strumenti di tutela, amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento e nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e modi per attivarli; **9)** link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete (per i procedimenti esperibili on line) o tempi previsti per la sua attivazione **10)** le modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento ovvero di imputazione del versamento in tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento; **11)** nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché le modalità per attivare tale potere, con indicazione di recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale **12)** per i procedimenti ad istanza di parte, gli atti e i documenti da allegare all'istanza e la modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni, nonché gli uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e le modalità di accesso con indicazione di indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale, a cui presentare le istanze. - Le PPAA non possono richiedere l'uso di moduli e formulari che non siano stati pubblicati; in caso di omessa pubblicazione, i relativi procedimenti possono essere avviati anche in assenza dei suddetti moduli o formulari. La PA non può respingere l'istanza adducendo il mancato utilizzo di moduli e formulari e deve invitare l'istante a integrare la documentazione in un termine congruo.	**Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni ove presenti variazioni

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	**Monitoraggio tempi procedimentali** Art. 24, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c.28 L. n. 190/2012 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016	Art. 24, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Art. 1, c.29 L. n. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016	risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	**Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	semestrale	pubblicato	aggiornamento semestrale entro 31 luglio e 31 gennaio, con riferimento al semestre precedente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Delibera ANAC 1310/2016	**Recapiti dell'ufficio responsabile**: recapiti e caselle di posta eletrronica istituzionali dell'uff .responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	**Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale, entro gennaio
	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Art. 23, c.1 , D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, -Delibera ANAC 1310/2016	**Elenco dei provvedimenti finali conseguenti ai procedimenti relativi a:** 1) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti") 2) accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati e con altre pubbliche amministrazioni	**Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	semestrale ex art. 23 c.1 DLgs. n. 33/2013	pubblicati	aggiornamento semestrale, entro 31 luglio e 31 gennaio, con riferimento al semestre precedente
PROVVEDIMEN TI	**Provvedimenti dirigenti amministrativi**	Art. 23, c.1 , D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, -Art. 1 c.16 L 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016 **abolito obbligo di pubblicare:** - spesa prevista ed estremi dei documenti contenuti nel fascicolo - provvedimenti relativi ad autorizzazioni o concessioni e concorsi e prove selettive per assunzione di personale e progressioni di carriera						

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
CONTROLLI SULLE IMPRESE	**Controlli sulle imprese** Art. 25 D.Lgs. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, **Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria**	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Tipologie di controllo cui sono assogettate le imprese Obblighi e adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare	//	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	la Fondazione non esercita controlli sulle imprese.	//
BANDI DI GARA E CONTRATTI	**informazioni sulle singole procedure in formato tabellare**	Art. 37, c.1, lett a) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 1, c.32 L. n. 190/2012 -Deliberazione Autorità Vigilanza sui Contratti Pubblici n. 26 del 22.5.2013 e specifiche tecniche per la pubblicazione di maggio 2013 -Comunicazione AVCP 16.1.2014 -Art 192, c.3 D.Lgs. n. 50/2016 (codice appalti) -Art. 4 delib. ANAC n. 39/2016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016;	**Tabelle riassuntive** delle informazioni relative all'anno precedente, rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. **a)** CIG **b)** struttura proponente (denominazione stazione appaltante) e codice fiscale **c)** l'oggetto del bando **d)** procedura di scelta del contraente **e)** elenco degli operatori invitati a presentare offerta/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento **f)** elenco dei partecipanti al procedimento con codice fiscale, ragione sociale e ruolo in caso di RTI **g)** aggiudicatario **h)** importo di aggiudicazione (al lordo di oneri sicurezza e al netto di I.V.A.) **i)** tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura **l)** importo delle somme liquidate (al netto di I.V.A.) Gli obblighi di pubblicazione di cui sopra (tabella da pubblicare entro il 31 gennaio si intendono assolti atteraverso l'invio dei medesimi dati alla banca dati della amministrazioni pubbliche (*) ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. n. 229/2011, limitatamente alla parte lavori) (*)si è in attesa delle disposizioni attuative inerenti tale banca dati. La s.c. Provveditorato provvede ad inviare ad ANAC (via PEC all'indirizzo comunicazioni@pec.anticorruzione.it), entro il 31 gennaio di ogni anno, il modulo contenente l'URL di pubblicazione sul sito web della Fondazione, del file XML relativo all'anno precedente, per attestare l'avvenuto adempimento.	**strutture competenti per inserimento dati in tabella:** **-s.c. Provveditorato** **-s.c. Progetti e Servici Tecnici** **- s.c. Ingegneria Clinica** **-s.c. ICT** **-s.c. Farmacia** **Struttura competente per trasmissione della tabella alla s.c. ICT deputata alla pubblicazione e all'invio di pec ad ANAC: s.c.Provveditorato**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale ex art 1, c.32 L. 190/2012 entro il 31 gennaio di ogni anno le informazioni da a) ad l) riferite all'anno precedente devono essere pubblicate in tabelle riassuntive liberamente fruibili, nel formato indicato da AVCP secondo le specifiche tecniche di maggio 2013	pubblicato	aggiornamento entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diversa scadenza indicata da ANAC
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 37, c.1, lett a) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 1, c.32 L. n. 190/2012 -Art. 21, c.7 e Art.29, c.1 D.Lgs. n. 50/2016 (codice appalti) -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	Atti relativi alla **programmazione** di lavori, opere, servizi e forniture: programma biennale degli acquisti per beni e servizi e programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	**Direttori** **s.c. Provveditorato -PRO** **-s.c. Progetti e Servici Tecnici-PST** **- s.c. Ingegneria Clinica-IC** **secondo competenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazione

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
BANDI DI GARA E CONTRATTI	**Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura**	Art. 37, c.1 lett b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 29 c. 1 DLgs. n. 50/20016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	**Per ciascuna procedura** (servizi, fornitre, lavori e opere, concorsi pubblici di progettazione, concorsi di idee e di concessioni compresi quelli tra enti del settore pubblico di cui all'art. 5 DLgs. n. 50/2016) pubblicare: **1)** Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); **2)** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); **3)** Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); **4)** Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); **5)** Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); **6)** Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); **7)** Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); **8)** Avviso relativo all'esito della procedura; **9)** Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; **10)** Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); **11)** Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); **12)** Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); **13)** Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); **14)** Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016);	**Direttori** **s.c. Provveditorato** **s.c. Progetti e servizi tecnici** i RUP sono tenuti a fornire alle ss.cc. Provveditorato e Progetti e servizi tecnici, secondo competenza, i dati in loro possesso, per consentirne raccolta e succ.va pubblicazione da parte della s.c. Provveditorato e Progetti e Servizi Tecnici	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Tempestivo	pubblicazione mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)
			15) Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); **16)** Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016) <u>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</u> -Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); -Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); -Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); -Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	**Direttori** **s.c. Provveditorato** **s.c. Progetti e servizi tecnici** i RUP sono tenuti a fornire alle ss.cc. Provveditorato e Progetti e servizi tecnici, secondo competenza, i dati in loro possesso, per consentirne raccolta e succ.va pubblicazione da		Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)
			<u>Avvisi sistema di qualificazione</u> Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)			Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
BANDI DI GARA E CONTRATTI			Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	parte della s.c. Provveditorato e Progetti e Servizi Tecnici		Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c.1 lett b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 29 c. 1 DLgs. n. 50/20016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni ulteriori Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	**Direttori** **s.c. Provveditorato** **s.c. Progetti e servizi tecnici** i RUP sono tenuti a fornire alle ss.cc. Provveditorato e Progetti e servizi tecnici, secondo competenza, i dati in loro possesso, per consentirne raccolta e succ.va pubblicazione da parte della s.c. Provveditorato e Progetti e Servizi Tecnici	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Tempestivo	pubblicazione mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)
	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le **ammissioni** all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-prof.li	Art. 37, c.1 lett b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 29 c. 1 DLgs. n. 50/20016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	**provvedimenti di esclusione di ammissione**, entro due giorni dalla loro adozione			Tempestivo	pubblicazione mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo, entro due giorni dall'adozione del provvedimento
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti	Art. 37, c.1 lett b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 29 c. 1 DLgs. n. 50/20016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	**Composizione della commissione giudicatrice e i curricula** dei suoi componenti			Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo
	Contratti	Art. 1, c. 505 L. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016) -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	**Testo integrale di tutti i contratti** di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti			Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo (nel rispetto della tempistica indicata dal D.Lgs. 50/2016)

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione Nota ANAC 25.5.2016	Art. 37, c.1 lett b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 29 c. 1 DLgs. n. 50/20016 -Delibere ANAC in materia di bandi di gare e contratti -Delibera ANAC 1310/2016	**Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione** I medesimi atti, nel rispetto dell'art.53, sono pubblicati sul sito del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e sulla piattaforma digitale istituita presso l'ANAC, anche tramite i sistemi informatizzati regionali, di cui al comma 4, e le piattaforme regionali di e-procurement interconnesse tramite cooperazione applicativa. In attesa dell'attivazione della piattaforma di ANAC sopracitata, vanno comunque inviati ad ANAC entro un anno (**entro il 25 .5.2017**) i dati da inserire nelle banche dati degli enti indicati all'art. 9bis del DLgs. n. 33/2013.			Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo
BANDI DI GARA E CONTRATTI	**Criteri e modalità**	Art. 26, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Atti** con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le Amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubbli e privati.	//	//	tempestivo ex art 26 DLgs. n. 33/2013	"	//
SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI	**Atti di concessione**	Art. 26, c.2 e art. 27 D.lgs. n,. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Atti di concessione** di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro. Per ciascuna atto: nome dell'impresa o ente e rispettivi dati fiscali o nome di altro soggetto beneficiario; importo del vantaggio economico corrisposto; norma o titolo a base dell'attribuzione; ufficio o funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amm.vo; modalità seguita per individuazione del beneficaiario; link al progetto selezionato; linl al curriculum del soggetto incaricato; elenco in formato tabellare aperto dei soggetti beneficiari di atti di concezzione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari a imprese e attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro).	//	//	tempestivo ex art 26 DLgs. n. 33/2013	la Fondazione non eroga sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	//

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
BILANCI	**Bilancio preventivo e consuntivo**	Art. 29, c. 1 , c. 1bis, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Art. 5, c1 DPCM 26.4.2011 Art. 19 e 22 DLgs. n. 91/2011 Art. 18bis DLgs. n. 118/2011 DPCM 29.4.2016 Delibera ANAC 1310/2016	**Bilancio preventivo:** **a)** Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche **b)** Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. **Bilancio consuntivo:** **c)** Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche **d)** Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazine del bilancio da parte di Regione Lombardia
BILANCI	**Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio**	Art. 29, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Artt. 19 e 22 DLgs n. 91/2011 Art 18bis DLgs. n. 118/2011 Delibera ANAC 1310/2016	**Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio**, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'aprovazione del bilancio da parte di Regione Lombardia
BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO	**Patrimonio immobiliare**	Art. 30 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni identificative degli **immobili posseduti e detenuti**	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro il mese successivo al trimestre di riferimento)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30 - D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni identificative dei **canoni di locazione o di affitto** versati o percepiti	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro il mese successivo al trimestre di riferimento)
		Art. 31, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delib. Civit n. 71/2013 e n.7/2013 delibere ANAC 831 /2016 (PNA) e 1310/2016	Attestazioni OIV o struttura analoga	**Responsabile s.s. Controllo di gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale e in relazione a delibere ANAC	sono pubblicate le attestazioni del NdV dal 2013 al 2020, predisposte dal Nucleo sulla base delle indicazioni fornite con deliberazioni ANAC	aggiornamento secondo le tempistiche indicate da ANAC

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	**Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe**	Art. 31, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Par. 2, p.1, Delibera Civit n. 6/2012 - Par. 4 delib. CIVIT n. 23/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Documento del NdV di validazione della relazione sulle performance (art. 14, c.4, lett. c), D.Lgs n. 150/2009)	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'emanazione del documento
		Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	**Relazione dell'OIV** sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4 lett. a) DLgs. n. 150/2009)	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	non applicabile al Nucleo di Valutazione della Fondazione	//
		Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, con decorrenza dal 23.12.2016	**Atti conclusivi** (es. relazione annuale sullo stato di attuazione degli adempimenti) degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento tempestivo: entro due mesi dalla data del documento
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	**Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe**	Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delibera ANAC 1310/2016	**Relazioni degli organi di revisione** amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio: relazione del Collegio Sindacale al BPE, alle variazioni e al Bilancio di esercizio e tutti i rilievi del Collegio recepiti e non recepiti	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento 1) relazioni degli organi di revisione: pubblicazione entro 30 gg dalla data della relazione 2) rilievi al bilancio e sue variazioni: pubblicazione, ove presenti, entro 30 giorni dalla notizia dei rilievi
	Corte dei conti	Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	**Rilievi della Corte dei Conti:** tutti i rilievi della Corte dei Conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento ove presenti rilievi entro due mesi dalla notizia dei rilievi
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Carta dei servizi** o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	**Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'approvazione della modifica

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
SERVIZI EROGATI	**Class action**	Art. 1, c.2 e art. 4 c. 2 e 6 DLgs. n. 198/2009 Delibera ANAC 1310/2016	**Class Action:** **a)** notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione del servizio; **b)** sentenza di definizione del giudizio; **c)** misure adottate in ottemperanza della sentenza.	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicare ove presente	publicazione entro due mesi dalla conoscenza della class action
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) e Art. 10, c.5 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Art. 1, c.15 L. n. 190/2012 -Delib Civit n. 71/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	**Costi contabilizzati** -da pubblicare in tabelle- dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Annuale ex art. 10 c.5 DLgs 33/2013	è pubblicato il modellio LA dal 2010 sino al 2019 . Tale modello riporta i costi dell'azienda per ogni Livello Essenziale di Assistenza. Si tratta di modello unico a livello nazionale espressamente richiesto dal Ministero della Salute e come tale consente confronti tra le diverse aziende.	aggiornamento annuale entro 30 giorni dall'adozione del Bilancio di esercizio
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Liste d'attesa** per ciascuna tipologia di prestazione erogata - da pubblicare in tabelle: **a)** i criteri di formazione delle liste di attesa, **b)** i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	**Direttore Medico di Presidio**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	creato link a pagina Servizi al cittadino: pubblicati dati p. b) integrare liste di attesa con criteri del p.a)	aggiornamento tempestivo. entro il mese successivo a quello di riferimento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
SERVIZI EROGATI	**Servizi in rete**	Art. 7 c. 3 DLgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 c. 1 del DLgs. 179/16 Delibera ANAC 1310/2016	**Risultati delle rilevazioni** sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	**Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Tempestivo	Non presenti servizi in rete alla data di adozione del presente piano	//
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	//	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	alla Fondazione si applica la previsione del successivo punto "Dati sui pagamenti del SSN)	//
PAGAMENTI DELL'AMMINI-STRAZIONE	**Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale**	Art. 4bis c.2 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Dati sui pagamenti** da pubblicare in tabelle: dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	pubblicato	aggiornamento trimestrale entro il mese successivo al trimestre di riferimento
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delibera ANAC 1310/2016	**a)** Indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti) **b)** indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti **c)** ammontare complessivo dei debiti e numero delle imprese creditrici	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	punto a) e c) annuale ex Art. 33 D.Lgs. n. 33/2013 punto b) trimestrale (art. 33 c.1 DLgs 33/2013)	pubblicato	aggiornamento: p. a) e p. c) annuale entro giugno p. b) trimestrale entro il mese successivo al trimestre di riferimento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 DLgs. n. 33/2013 Art. 5, c.1 DLgs. n. 82/2005 Delibera ANAC 1310/2016	Specificare, nelle richieste di pagamento: **i codici IBAN** identificativi del conto di pagamento, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagameneti mediante bonifico bancario o postale, **ovvero gli identificativi del conto** corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i **codici identificativi del pagamento** da indicare obbligatoriamente per il versamento	**Direttore s.c. Risorse Economiche e finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	I codici di pagamento sono pubblicati e sono sempre specificati nelle richieste di pagamento	aggiornamento tempestivo, in caso di variazioni

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c.1 DLgs n. 33/2013 Asrt. 1, L. n. 144/1999 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni relative ai Nuclei di Valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi **(obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)**	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	non applicabile alla Fondazione	//
OPERE PUBBLICHE	**Atti di programmazione delle opere pubbliche**	Art. 38, c.2 e 2bis DLgs n. 33/2013 Art. 21, c.7 e Art 29 DLgs n. 50/2016 Delibera ANAC 1310/2016	Atti di **programmazione** delle opere pubbliche: a titolo esemplificativo (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti): **a)** programma triennale dei lavori pubblici nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 DLgs. n. 50/2016 **b)** documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del DLgs. n. 228 /2011 **(per i ministeri)**	**Direttore s.c. Progetti e servizi tecnici**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	a) pubblicato b) non applicabile alla Fondazione	aggiornamento p. a) entro 30 giorni da approvazione del piano
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c 2 DLgs n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**a)** Informazioni relative ai **tempi** e agli **indicatori** di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate **b)** informazioni relative ai **costi unitari** di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Da pubblicare in tabelle sulla base dello **schema tipo** redatto dal Ministero dell'economia e delle finanze d'intesa con ANAC che ne curano altresì la raccolta e pubblicazione nei propri siti web istituzionali al fine di consentire agevole comparazione.	**Direttore s.c. Progetti e servizi tecnici**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	da predisporre e pubblicare in subordine all'emanazione dello schema tipo del Ministero dell'economia e delle finanze	pubblicazione entro tre mesi dall'emanazione dello schema tipo del Ministero Economia e Finanze
PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO	**Pianificazione e governo del territorio**	Art. 39, c1 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Atti di governo del territorio, piani territoriali, piani paeistici, urbanistici etc.	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	informazioni non attinenti alla Fondazione	//
INFORMAZIONI AMBIENTALI	**Informazioni ambientali**	Art. 40 c. 2 D.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni ambientali: stato dell'ambiente, fattori inquinanti, misure incidenti sull'ambiente e relative analisidi impatto, misure di protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto, relazioni sull'attuazione della legislazione, stato della salute e della sicurezza umana, relazioni sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio.	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	informazioni non attinenti alla Fondazione	//
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE	**Strutture sanitarie private accreditate**	Art. 41 c.4, D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	a) Elenco delle strutture sanitarie private accreditate b) Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	//	//	annuale ex Art. 41 c.4, D.Lgs.33/2013	Informazioni non attinenti alla Fondazione	//

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA	**Interventi straordinari e di emergenza**	Art. 42 c. 1 lett a), b) e c) D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Provvedimenti adottati concernenti interventi straordinari e di emergenza che comportano deroga alla legislazione vigente	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	Informazioni non attinenti alla Fondazione	//
ALTRI CONTENUTI	**Corruzione**	Art. 10, c.8 lett a) DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	**Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza** e suoi allegati, misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 c.2bis L n. 190/2012	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale	pubblicato	aggiornamento entro 10 giorni dall'approvazione
		Art. 1 c.8 L. 190/2012 -Art. 43, c.1 D.lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	**Responsabile** della prevenzione della corruzione e della trasparenza	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro 10 giorni dalla nomina
		Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	**Regolamenti** per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità **(laddove adottati)**	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazione, ove presenti
		Art. 1, c.14, L. 190/2012 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	**Relazione** del Responsabile per la prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale ex Art. 1, c.14, L. 190/2012	pubblicato	aggiornamento entro il 30 gennaio salvo scadenza diversa stabilita da ANAC
		Art. 1, c.3, L. n. 190/2012 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	**Provvedimenti adottati dall'Anac** ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	non sono presenti provvedimenti ANAC, ai sensi dell'art. 1 comma 3 della L. n. 190/2012, alla data di adozione del presente piano	aggiornamento tempestivo entro un mese della conoscenza del provvedimento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
		Art. 18, c.5 D.Lgs. n. 39/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	**Atti di accertamento delle violazioni** delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013	**Responsabile per la prevenzione della corruzione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	non sono state rilevate violazioni, alla data di approvazione del presente piano	aggiornamento tempestivo entro un mese della conoscenza dell'atto

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ALTRI CONTENUTI	**Accesso Civico**	Art. 5, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 -Delibera ANAC n. 831/2016, 1309/2016 e 1310/2016	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria: **nome del Responsabile della corruzione e della trasparenza** cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché **modalità** per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e della casella di posta elettronica istituzionale	**Responsabile per la trasparenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento tempestivo in caso di variazioni
		Art. 5, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016, 1309/2016 e 1310/2016	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori: **nomi uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico** nonché **modalità** per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	**Responsabili dei procedimenti secondo competenza**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	link alle sezioni "Organigramma" e "tipologie di procedimento" nominativi degli uffici competenti, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionali pubblicate modalità per l'esercizio dell'accesso civico, e civico generalizzato e accesso documentale	aggiornamento tempestivo in caso di variazioni
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016) Delibera ANAC 1310/2016	**Registro degli accessi** elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	**Predisposizione: Dirigenti delle strutture responsabili dei procedimenti secondo competenza** **Pubblicazione: Ufficio Relazione con il Pubblico**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	semestrale	pubblicato, da parte di ciascuna struttura, il registro semestrale degli accessi	aggiornamento semestrale, entro 31 luglio e 31 gennaio, con riferimento al semestre precedente

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ALTRI CONTENUTI	Accessibilità a catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 ex art. 52 abrogato	**Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati** in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	**Direttore s.c. Information Comunication Tecnology e Servizi Informativi Aziendali -ICT**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo	pubblicato	aggiornamento tempestivo entro tre mesi, in caso di variazioni
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 ex art. 52 abrogato	**Regolamenti** che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	**Direttore s.c. Information Comunication Tecnology e Servizi Informativi Aziendali -ICT**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale	da predisporre e pubblicare, ove necessario	aggiornamento annuale entro il 31 marzo, ove necessario
		Art. 9, c. 7, D.L. 179/2012 "decreto sviluppo bis" convertio con modif dalla L. 17.12.2012 n. 221 -Circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2006 e s.m.i. -Delibera ANAC 1310/2016	**Obiettivi di accessibilità** (da pubblicare secondo le indicazioni della Circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013): **a) obiettivi** di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno); **b) stato di attuazione** del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	**p. a) Ditta incaricata** dalla Fondazione per la programmazione del sito **e/o Direttore s.c. Information Comunication Tecnology e Servizi Informativi Aziendali -ICT** **p. b) s.c. Risorse Umane e RS in collaborazione con s.c. ICT**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	annuale ex Art. 9, c. 7, D.L. 179/2012, entro il 31 marzo di ogni anno	a) pubblicato b) predisporre e pubblicare	aggiornamento annuale punto a): entro il 31 marzo ove necessario aggiornamento punto b) entro 30 giorni dall'adozione del piano
	Dati ulteriori (*)	Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	**Informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione** dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente	**Direttore s.c. Information Comunication Tecnology e Servizi Informativi Aziendali -ICT**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	A seguito di informatizzazione del flusso	da predisporre e pubblicare	pubblicazione entro marzo con riferimento ad anno precedente

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ALTRI CONTENUTI	Dati ulteriori (*)		**Dati ulteriori di competenza della s.c. Progetti e servizi tecnici:**					
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	Affidamento ed esecuzione di contratti di lavori, servizi e forniture -pubblicazione dei seguenti dati: -contratti prorogati e contratti affidati in via d'urgenza (con relative motivazioni); - nomivativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - accordi bonari e transazioni	**Direttore s.c. Progetti e servizi tecnici**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione a seguito di monitoraggio	pubblicato	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 50/2016	1. Pubblicazione delle **varianti di lavori** 2. Pubblicazione **provvedimenti di liquidazione** per gli appalti di lavori sopra i 500.000,00 euro	**Direttore s.c. Progetti e servizi tecnici**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 50/2016	Elenchi professionisti e imprese per l'affidamento di lavori	**Direttore s.c. Progetti e servizi tecnici**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013		pubblicare entro il 2020 nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "bandi e gare"
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Provveditorato:					
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	Affidamento ed esecuzione di contratti di servizi e forniture -pubblicazione dei seguenti dati: -contratti prorogati e contratti affidati in via d'urgenza (con relative motivazioni); - nomivativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - accordi bonari e transazioni	**Direttore s.c. Provveditorato**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione a seguito di monitoraggio	pubblicato	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		D.Lgs. n. 50/2016	Elenco degli affidamenti di beni e servizi (sopra e sotto soglia comunitaria)	**Direttore s.c. Provveditorato**		/	pubblicato nella pagina bandi e gare (https://www.istitutotumori.mi.it/elenchi-fornitori1)	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		D.P.C.M. 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture di servizio	**Direttore s.c. Provveditorato**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	pubblicazione a seguito di censimento	pubblicato	annuale entro febbraio

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
ALTRI CONTENUTI	Dati ulteriori (*)	Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012 determinazione ANAC 28.10.2015 n. 12	**Dati ulteriori di competenza della s.c. Risorse Umane e RS:** <u>Procedure di acquisizione del personale</u> - pubblicazione dell'esito dei seguenti monitoraggi: procedure concorsuali per l'assunzione di personale a) N° Verifiche dei prerequisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici: 100%	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione a seguito di monitoraggio	pubblicato	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	Dati relativi agli scioperi	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione dei dati relativi agli scioperpi	pubblicato	aggiornamento entro 7 giorni dall'effettuazione dello sciopero
		CCNL Comparto 21/5/2018 ripreso dal recente CCIA sottoscritto in data 13/06/2019 CCNL area Sanità (dirigenza medica e sanitaria) 19/12/2019	Dati relativi alle ferie e riposi solidali (istituto giuridico introdotto con il) indicando esclusivamente il numero di giorni richiesti ed il numero di giorni ceduti nell'anno precedente (preservando la riservatezza dei dipendenti interessati)	**Direttore s.c. Risorse Umane e RS**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione dei dati	pubblicato	aggiornamento annuale entro marzo con riferimento alle verifiche dell'anno precedene
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e Libera Professione:					
			Elenco adempimenti PAC attuati nell'anno 2019 e aggiornamento anni successivi	**Direttore s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e LP**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicati	pubblicazione ed aggiornamento annuale entro marzo con riferimento all'anno precedente
			Dati ulteriori di competenza della s.s. Controllo di Gestione					
			Elenco delle tipologie di verifica svolte dalla s.s. Controllo di Gestione	**Responsabile s.s. Controllo di Gestione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicati	pubblicazione ed aggiornamento annuale entro giugno con riferimento alle verifiche dell'anno precedente
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni:					
			a) Elenco delle convenzioni stipulate con enti, casse e società di mutuo soccorso, fondi sanitari integrativi ed assicurazioni che consentono il rimborso totale o parziale delle prestazioni sanitarie effettuate dal paziente b) informativa specifica circa le differenze tra le due modalità di convenzione sopraindicate - forma diretta e indiretta. c) Elenco dei medici che effettuano visite specialistiche ambulatoriali e prestazioni diagnostiche radiologiche in libera professione e relativa specifica di giorni e orari delle prestazioni.	**Direttore s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni:**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		a), b) e c) pubblicati nella nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "prenota visita libera professione" https://www.istitutotumori.mi.it/prenota-visita-libera-professione	aggiornamento annuale entro marzo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Sistema Qualità Formazione e Protezione Dati:					
			Relazione "Piano di formazione " anno 2020 e anni successivi	**Direttore s.c. Sistema Qualità Formazione e Protezione Dati**		/	Pubblicato	aggiornamento annuale entro aprile dell'anno successivo con riferimento agli eventi formativi dell'anno precedente
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Affari Generali e Legali:					
		Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	Gestione del patrimonio immobiliare disponibile : pubblicazione di tabella con elenco delle tipologie di procedure attuate per la vendita e la locazione degli immobili.	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	Pubblicazione a seguito di monitoraggio	pubblicato	aggiornamento semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio con riferimento al semestre precedente)
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Art. 4, c.3, L.8.3.2017 n. 124	Dati relativi ai risarcimenti erogati dalla Fondazione nell'ultimo quinquennio	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	pubblicazione dati ultimo quinquennio	pubblicato	annuale entro gennaio con riferimento ai dati del quinquennio precedente
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	a) Albo Avvocati b) Albo Medici legali c) Albo Notai	**Direttore s.c. Affari Generali e Legali**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento annuale entro febbraio
ALTRI CONTENUTI	**Dati ulteriori (*)**		dati polizza responsabilità civile					
			Dati ulteriori di competenza della s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO):					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Albo Studi Brevettuali 2019 e anni successivi	**Responsabile s.s. Trasferimento Tecnologico**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "lavora con noi"	aggiornamento annuale entro marzo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Information Communication Technology - ICT e SIA:					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 82/2005	Progetti e-Health per la dematerializzazione dei processi Istituzionali: struttuazine e stato di avanzamento	**Direttore ICT e SIA**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale entro febbraio
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Ingegneria Clinica:					
			Pubblicazione della Procedura su apparecchiature "in visione"	**Direttore s.c. Ingegneria Clinica**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		pubblicata	pubblicata entro giugno 2020
			Dati ulteriori di competenza del Direttore della s.c. Direzione Medica:					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Disposizioni anticipate di trattamento (Biotestamento)	**Direttore Medico di Presidio**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato nella pagina "sevizi al cittadino" con link alla sez. Amministrazione Trasparenrte	aggiornamento annuale ove necessario, in relazione alla normativa vigente
		Art. 4 L. n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)	Procedura di rilascio documentazione sanitaria, ai sensi dellevigenti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	**Direttore Medico di Presidio**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		da predisporre e pubblicare	pubblicazione e successivi aggiornamenti periodici entrre il mese di marzo
			Dati ulteriori di competenza del Risk Manager:					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Art. 5, c.3, L.8.3.2017 n. 124	Eventi avversi ed azioni di miglioramento	**Risk Manager**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale entro gennaio
Aaltri contenuti	**Dati ulteriori (*)**		**Dati ulteriori di competenza dell'Ufficio Relazioni con il pubblico:**					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Customer Satisfaction	**Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
			Modulistica per le segnalazioni da parte degli utenti esterni	**Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			Dati ulteriori di competenza del Servizio Infermieristico - SITRA					
			Vademecum "istruzioni/raccomandazioni sulla gestione delle oblazioni al personale infermieristico"	**SITRA**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			Dati ulteriori di competenza del Servizio Prevenzione e Protezione:					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Indici infortunistici secondo norma UNI	**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale
			Foglio illustrativo relativo alle istruzioni di sicurezza al cittadino	**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Farmacia					
			Regolamento sull'attività degli informatori tecnico/scientifici	**Direttore s.c. Farmacia**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
Aaltri contenuti	**Dati ulteriori (*)**		**Dati ulteriori di competenza della Direzione Scientifica:**					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Piano Strategico della ricerca	1. Piano Strategico della Ricerca 2 linee di ricerca corrente 3. Rendicondazioni di assegnazione risorse 5x100 (relazioni Ministero Salute e Ministero Università e Ricerca) 4. Scientific report	**Direttore Scientifico**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2022-2024, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	Stato attuale	Interventi da realizzare/tempi di attuazione
			Assegnazione "Premio giovani ricercatori" 2019 e anni successivi	**Direttore Scientifico**	S.C. Information Communication Technology e Sistemi Informativi Aziendali	/	pubblicato	aggiornamento annuale entro 30 giorni dall'assegnazione