



**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE - N. 1-F del 30/01/2023**  
**SEDUTA n. 50 del 30 gennaio 2023**

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT) 2023-2025**

**Atto adottato dal Consiglio di Amministrazione, insediato con provvedimento n.1F del 28/12/2018**

Fascicolo: 1.1.02\86-2013

Presidente: Marco Votta  
Consiglieri: Alberto Bertagna  
Roberto Comazzi  
Rosaria Iardino **ASSENTE**  
Paola Panzeri  
Gianluca Rossi  
Roberto Satolli  
Con l'assistenza del Segretario: Alessandra Turi

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Vincenzo Petronella parere favorevole
DIRETTORE SANITARIO	Antonio Triarico parere favorevole
DIRETTORE SCIENTIFICO	Giovanni Apolone parere favorevole
DIRETTORE GENERALE	Carlo Nicora parere favorevole

Visto di conformità economica

IL DIRETTORE SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ: Antonino Inveninato

**Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT)**

Sottopone la proposta di provvedimento sull'argomento in oggetto specificato a seguito dell'istruttoria effettuata, attestandone la regolarità tecnico-amministrativa e la legittimità nella forma e nella sostanza, nonché la sua sostenibilità economica.

**Il Responsabile del procedimento Antonio Cannarozzo**

dg

## IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

### Visti:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, nel testo vigente;
- la Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione” (c.d. legge anticorruzione);
- il D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- il D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”;
- il D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- la DGR n. XI/5941 del 7 febbraio 2022 recante “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario e sociosanitario per l’esercizio 2022”;
- la DGR n. XI/6278 del 11 aprile 2022 recante “Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della regione Lombardia e dell’Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)”;

### richiamate:

- la delibera n. 72/2013 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) ha dettato i contenuti del PTPC delle pubbliche amministrazioni;
- la determinazione 28 ottobre 2015 n. 12 con cui ANAC ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione 2013 (c.d. PNA 2015);
- la delibera 28 dicembre 2016 n. 1310 con la quale ANAC ha emanato le Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;
- la delibera 13 novembre 2019 n. 1064, con cui ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2019;

**preso atto** delle indicazioni scaturite dal nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022), approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 e in attesa del parere dell’apposito Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni e Autonomie locali;

**visto** il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023-2025, predisposto dal RPCT quale strumento di programmazione per la realizzazione degli adempimenti previsti dalla L. n. 190/2012 e dal D.Lgs. n. 33/2013, i cui contenuti sono riconducibili alle seguenti principali finalità:

- analisi del contesto interno ed esterno alla Fondazione;
- approfondimento e monitoraggio della valutazione del rischio, con il coinvolgimento diretto dei dirigenti delle aree sensibili;

- rafforzamento delle misure di prevenzione individuate dal PNA 2019 e dal PNA 2022, implementate nei precedenti PTPCT della Fondazione;
- formazione e diffusione della cultura della legalità e della trasparenza nella Fondazione (programmazione corsi di formazione);
- raccordo con gli strumenti già operativi presso la Fondazione, con il coinvolgimento degli organismi presenti (Comitato di Coordinamento dei Controlli);
- integrazione degli adempimenti in materia di trasparenza in apposita sezione del PTPCT, con identificazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati e dei documenti;
- raccordo con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

**dato atto che:**

- il Piano è stato illustrato ai Consiglieri e messo a disposizione degli stessi in bozza durante la seduta del Consiglio di Amministrazione del 15 dicembre 2022;
- è stato trasmesso al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della Fondazione in data 22 dicembre 2022;
- è stato reso disponibile per la consultazione a tutti i dirigenti della Fondazione e a eventuali portatori di interessi (c.d. *stakeholder*) dal 1 dicembre 2022 sino al 31 dicembre 2022, mediante pubblicazione nel sito web della Fondazione, al fine di acquisire contributi per il miglioramento dello stesso;

**verificato** che non sono pervenute osservazioni e/o contributi a riguardo del citato PTPCT, né dai dirigenti della Fondazione, né dagli eventuali stakeholder, tramite il modulo messo disposizione sul sito web della Fondazione;

**ritenuto** in attuazione delle disposizioni vigenti, di approvare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) 2023-2025, nel testo allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

**dato atto che** ai sensi dell'art. 4, c. 8 L. n. 412/1991, dell'art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e s.m.i. e dell'art. 19bis dello Statuto della Fondazione, il presente provvedimento non è soggetto a controllo preventivo;

**preso atto** che il Responsabile del procedimento del presente provvedimento, firmandone la proposta attesta la regolarità tecnico-amministrativa e la sostenibilità economica in quanto non comporta oneri a carico della Fondazione;

**acquisiti**, con la sottoscrizione del presente provvedimento, per quanto di rispettiva competenza, i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Direttore Scientifico e del Direttore Generale della Fondazione;

**a voti unanimi**, espressi nelle forme di legge;

**DELIBERA**

per le ragioni di cui in parte motiva:

1. di approvare il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) 2023-2025, allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

2. provvedere alla pubblicazione del suddetto Piano Triennale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet della Fondazione;
3. di stabilire che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti, né impegni finanziari futuri a carico della Fondazione;
4. di stabilire che la presente deliberazione abbia immediata esecutività;
5. 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 della L.R. n. 33/2009 s.m.i, con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.), e la comunicazione al Collegio Sindacale della Fondazione.

**IL PRESIDENTE**

**Marco Votta**

Firmato digitalmente



# **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023-2025**

**(Legge n. 190/2012 – D.Lgs. n. 33/2013)**

## SOMMARIO

### SEZIONE 1

#### PREMESSA – PRINCIPI – DEFINIZIONI

1. **AMBITO NORMATIVO**
2. **CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO ED ESTERNO**
  - 2.1 **IL RISCHIO CORRUZIONE CONNESSO AL CONTESTO ESTERNO**
  - 2.2 **CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO**
3. **SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE**
  - 3.1 **IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**
  - 3.2 **COMITATO DI COORDINAMENTO DEI CONTROLLI**
4. **OBIETTIVI STRATEGICI**
5. **PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – MODALITA' DI AGGIORNAMENTO**
  - 5.1 **LA NECESSITA' DI FARE RETE**
  - 5.2 **COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER INTERNI ED ESTERNI**
  - 5.3 **L'ANALISI DEL RISCHIO**
  - 5.4 **PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO**
  - 5.5 **VIGILANZA E MONITORAGGIO DEL PIANO E DELLE MISURE DI PREVENZIONE**
6. **MISURE GENERALI O DI SISTEMA**
  - 6.1 **MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI**
  - 6.2 **CODICE DI COMPORTAMENTO**
  - 6.3 **FORMAZIONE**
    - 6.3.1 **MECCANISMI DI FORMAZIONE IDONEI A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE**
    - 6.3.2 **IL PTPCT "IN PILLOLE"**
    - 6.3.3 **CORSO ON LINE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA PER TUTTI I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE**
  - 6.4 **COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE**
  - 6.5 **ROTAZIONE DEGLI INCARICHI**
    - 6.5.1 **LA ROTAZIONE STRAORDINARIA**
  - 6.6 **INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA'**
  - 6.7 **FORME DI TUTELA OFFERTE AI WHISTLEBLOWERS**
  - 6.8 **CONFLITTO DI INTERESSE**
  - 6.9 **SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI**
  - 6.10 **FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI E CONFERIMENTO**

## **INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.**

### **6.11 REVOLVING DOOR – PANTOUFLAGE**

### **6.12 I PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI APPALTI E L'AVVISO PER LA TRASPARENZA PREVENTIVA**

## **7. ULTERIORI MECCANISMI DI PREVENZIONE**

## **8. RESPONSABILITÀ**

### **8.1 SANZIONI**

## **SEZIONE 2**

## **9. TRASPARENZA**

### **9.1 RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA**

### **9.2 TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679)**

### **9.3 AZIONI PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ**

### **9.4 PROCEDURA PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI**

### **9.5 INIZIATIVE**

### **9.6 RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

## **10. ACCESSO CIVICO**

## **11. ASCOLTO DEI PORTATORI DI INTERESSE**

### **ACRONIMI:**

ANAC: Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche

CIVIT.: Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche

ORAC: Organismo Regionale Anti Corruzione

D.F.P.: Dipartimento della Funzione Pubblica

D.P.O. Data Protection Officer

G.D.P.R. General Data Protection Regulation

N.V.P.: Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

O.I.V.: Organismi Indipendenti di Valutazione della performance

P.N.A.: Piano Nazionale Anticorruzione

P.P.: Piano della Performance

P.T.P.C.T: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

R.P.C.T.: Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale

S.S.R.: Servizio Sanitario Regionale

U.P.D.: Ufficio Procedimenti Disciplinari

## Sezione 1

### PREMESSA

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190 pubblicata in Gazzetta Ufficiale in data 13 novembre 2012, n. 263 ed 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) e nel 2016 con delibera ANAC 3 agosto 2016 n. 831 (Aggiornamento PNA 2016).

In particolare, con l'aggiornamento 2016, l'ANAC si è allineata alle rilevanti modifiche legislative intervenute, con particolare riferimento al decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, recante *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* (di seguito D.Lgs. n. 97/2016) e il D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 *"Codice dei contratti pubblici"*.

Successivamente il Consiglio dell'Autorità Anticorruzione, con delibera 22 novembre 2017 n. 1208, ha approvato l'aggiornamento 2017 al PNA, ha pubblicato sul proprio sito web l'aggiornamento 2018 al PNA (delibera n. 1074 del 21.11.2018) e approvato con Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 il PNA 2019.

In data 14 settembre 2022 l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha pubblicato sul proprio sito web la consultazione pubblica dello schema di PNA 2022-2024.

Il nuovo PNA si insedia in un momento di forte cambiamento per le P.A. chiamate ad adottare il nuovo strumento programmatico, Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO), nel quale la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante.

Il processo di semplificazione e velocizzazione delle procedure amministrative delineato dal legislatore per l'attuazione del PNRR, ha richiesto ad ANAC l'adozione di un nuovo PNA pensato ed elaborato per supportare le P.A. e in grado di fornire indicazioni per rafforzare l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, al fine di evitare che i risultati attesi siano vanificati da eventi corruttivi.

Lo schema del nuovo PNA si articola in due parti:

- parte generale contenente indicazioni per la predisposizione della sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e con utili orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nel duplice ruolo di coordinatori della strategia della prevenzione della corruzione e cardini del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO. Questa parte contiene anche un approfondimento dedicato al divieto di *pantouflage*, ipotesi di conflitto di interessi da inquadrare come incompatibilità successiva.



- parte speciale, dedicata ai contratti pubblici e con anche un approfondimento sulle gestioni commissariali cui è affidata la realizzazione delle grandi opere previste nel PNRR.

## PRINCIPI

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 “corruptela” 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 perseguito dal legislatore del 2012, la trasparenza costituisce lo strumento cardine per prevenire sul terreno amministrativo i fenomeni corruttivi, riducendo il rischio di degenerazioni di rilevanza penale.

## **RISCHIO**

Per rischio” o “evento rischioso” si intende l’evento che, in relazione ai processi considerati potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi.

Pertanto, per quanto riguarda i sistemi di gestione del rischio corruttivo, data l’ampiezza delle situazioni che possono rientrare nella categoria di “rischio”, chiedere a un’amministrazione di elaborare una strategia di prevenzione del rischio corruttivo significa chiedere alla stessa di attuare scelte organizzative di tipo razionali, pur nella consapevolezza che tali scelte sono comunque limitate, perché mancanti di informazioni complete.

In ogni caso, la normativa anticorruzione ha portato la Fondazione ad analizzare le dinamiche che possono favorire un contesto corruttivo, adottando un sistema di gestione del rischio ex ante che non può essere completo solo con i principi delineati dalla stessa legge 190/2012, ma necessita di approfondire il sistema di attori e relazioni interne ed esterne alle singole amministrazioni, al fine di costruire una strategia preventiva adeguata.

Pertanto, l’Amministrazione ha posto come riferimento per le strategie di prevenzione del rischio corruttivo elementi che puntano a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, nonché che agevolino la scoperta di fenomeni di corruzione e, inoltre, in grado di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

A tal fine, come vedremo nei successivi paragrafi è stato sviluppato un processo di valutazione e gestione del rischio comprendente diverse fasi, al fine di attuare un ciclo di *risk management* efficace:

- Analisi del contesto
- Mappatura dei processi
- Analisi del rischio
- Trattamento del rischio
- Il monitoraggio

### **1. AMBITO NORMATIVO**

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza per il triennio 2023-2025 si pone come aggiornamento dei precedenti Piani Triennali; è stato redatto tenuto conto delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, delle linee guida emanate da ANAC e delle modifiche normative intervenute.

### **2. CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO ED ESTERNO**

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella dell'**analisi del contesto**, esterno ed interno, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all’interno dell’Ente per via delle specificità dell’ambiente in cui esso opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

#### **2.1 IL RISCHIO CORRUZIONE CONNESSO AL CONTESTO ESTERNO<sup>1</sup>**

L’analisi del contesto esterno ha l’obiettivo di “*evidenziare come le caratteristiche dell’ambiente nel quale l’amministrazione o l’ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed*

---

<sup>1</sup> Fonte: Polis-Lombardia – <http://www.polis.lombardia.it>

*economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento [...], sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni” (PNA 2016).*

Sulla base delle indicazioni di ANAC e della letteratura sono state identificate cinque aree di rischio connesse al contesto esterno. Le prime quattro aree (Criminalità, Economia e mercato del lavoro, Efficienza delle PA, Demografia e società) sono strettamente connesse al territorio di riferimento alla Fondazione, mentre l’ultima area (Relazioni con enti esterni) considera i possibili rischi legati al rapporto con i portatori di interesse.

Per ciascuna area sono state identificati degli indicatori che sono positivamente o negativamente correlati al fenomeno corruttivo (vedi tabella sottoriportata).

Una relazione positiva prevede che all’aumento di un determinato fattore (ad esempio: tasso di reati di peculato, malversazione, concussione, corruzione) sia correlato un aumento del rischio corruzione. Viceversa, una relazione negativa prevede che all’aumentare di un determinato fattore (ad esempio: numero di POS pro capite) sia associata una diminuzione del rischio corruzione. Di seguito, i principali indicatori scelti per ciascuna area verranno brevemente descritti in relazione alla loro connessione con il fenomeno corruttivo.

Con l’intento di dare riscontro alle numerose sollecitazioni, emerse in diversi incontri con i Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza degli Enti del sistema sanitario regionale, Regione Lombardia ha programmato un incontro con esperti qualificati dell’Università Cattolica di Milano, incaricati da Polis Lombardia per fornire supporto agli enti per una elaborazione qualificata del contesto esterno ed interno del PTPCT.

Il *Focus Group* composto da cinque Enti del SSR, del quale la Fondazione è componente, si è posto quale momento di condivisione.

Dal lavoro congiunto del *Focus Group* è emersa la condivisione dei seguenti punti:

- *Criminalità*

L’alto tasso di criminalità di un determinato territorio è indicatore di un’alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti devianti e non conformi alle norme. Diversi indicatori di corruzione presenti in letteratura si basano sul numero di procedimenti, denunce e condanne per i delitti di corruzione commessi da pubblici ufficiali identificati dall’ordinamento giuridico di ciascun paese (Galli e Fiorino 2018). Per quanto riguarda il caso italiano, i delitti che solitamente vengono presi in considerazione per misurare il fenomeno sono: corruzione (318 c.p., 319-ter c.p., 322 c.p.), peculato (314 c.p.), malversazione (316 bis c.p.), concussione (317 c.p.) e violazione dei doveri d’ufficio e abusi (319 c.p.). Queste misure vengono frequentemente utilizzate per catturare l’evoluzione dei reati di corruzione nel tempo e a livello territoriale (Dallara e Russo 2018) assumendo che ci sia una correlazione positiva tra tasso di reati di corruzione e rischio corruzione. I reati di associazione a delinquere, criminalità organizzata, e riciclaggio di denaro sono strettamente connessi ai reati di corruzione nel loro *modus operandi*. Per questo motivo, una correlazione positiva è ipotizzata tra questi reati e la corruzione. In conclusione, evasione fiscale e falsa comunicazione sociale (falso in bilancio) sono reati sentinella della corruzione e quindi anch’essi positivamente correlati al fenomeno (Assonime 2015).

- *Economia e mercato del lavoro*

Diverse misure di intensità di pagamento in contante sono positivamente correlate al rischio corruzione e riciclaggio di denaro. I pagamenti che avvengono in contanti non possono essere tracciati, quindi l’utilizzo massiccio del

contante è indicativo della presenza di transazioni sospette che potrebbero includere il pagamento di tangenti (Riccardi e Levi 2018). Un'economia più viva e più attiva è indice di benessere economico, istituzionale e di un basso livello di corruzione (Mauro 1995). Si ipotizza quindi che ad un aumento del prodotto interno lordo, della spesa socio-sanitaria pro capite e del tasso di imprese attive sia associata una diminuzione della corruzione (Aidt 2009). Contrariamente, un alto tasso di disoccupazione e di mortalità aziendale dovrebbe aumentare il rischio corruzione (Qadar e Muhammad 2013).

- *Efficienza della pubblica amministrazione*

Diverse misure di inefficienza della P.A. sono positivamente correlate alla corruzione (Arbia et al. 2017). È ipotizzabile, quindi, che l'indice sulla qualità delle istituzioni e gli indicatori sulla soddisfazione degli utenti siano negativamente correlati al fenomeno corruttivo. Ad una maggiore soddisfazione degli utenti e ad una maggior trasparenza dovrebbero essere associati livelli di corruzione più bassi. Contrariamente, se un alto numero di pazienti residenti in un determinato comune, provincia, regione decide di curarsi in un altro comune, provincia, regione significa che il sistema sanitario di quel determinato territorio non è valutato come affidabile dall'utenza.

- *Demografia e società*

La letteratura evidenzia una propensione minore da parte delle donne a essere coinvolte in fenomeni corruttivi. Sembra esistere, quindi, una relazione negativa tra il genere femminile e la corruzione (Transparency International 2016, Breen et al. 2017). Una relazione positiva viene evidenziata tra età e corruzione (all'aumento dell'età aumenta anche la propensione al coinvolgimento in pratiche corruttive) (Torgler e Valev 2006), mentre all'aumento del livello di educazione si ipotizza corrispondere una diminuzione del livello di corruzione di un determinato territorio (Hakhverdian e Mayne 2012).

- *Relazioni con enti esterni*

La rilevazione di anomalie nella struttura proprietaria delle imprese collegate all'ente può aiutare a valutare il rischio corruzione a cui si espone l'ente stesso. Ad esempio, legami di proprietà tra le imprese che partecipano alla stessa procedura di appalto possono indicare possibili schemi collusivi (Conley and Decarolis, 2016), il collegamento diretto o indiretto di alcune aziende a persone politicamente esposte (PEP) può evidenziare un'interazione anomala tra affari e politica (Rose-Ackerman e Palifka 2016; van der Does de Willebois et al. 2011) e la presenza di aziende sanzionate per corruzione tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse può far aumentare il rischio corruzione per l'ente stesso. In generale, aziende che presentano strutture proprietarie particolarmente complesse e opache possono nascondere schemi di corruzione o di riciclaggio di denaro (Putaturo, Ferro, e Citro 2017; Savona e Riccardi 2017).

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
Criminalità	Tasso di procedimenti penali per delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di procedimenti penali per riciclaggio di denaro calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di riciclaggio di denaro per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato	Positiva

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
	sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	
	Tasso di denunce per riciclaggio di denaro sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione per delinquere sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione di tipo mafioso sulla popolazione residente	Positiva
	Amministrazione comunale sciolta per infiltrazione mafiosa o numero di amministrazioni sciolte per infiltrazione mafiosa nella provincia	Positiva
	Tasso di denunce sulla popolazione residente	Positiva
	Perdita di gettito fiscale ( <i>Tax gap</i> – misura di evasione fiscale)	Positiva
<b>Economia e mercato del lavoro</b>	Percentuale transazioni in contante sul totale delle transazioni	Positiva
	Numero di terminali POS pro capite	Negativa
	Numero di segnalazioni di transazioni sospette	Positiva
	Valore aggiunto pro capite	Negativa
	Prodotto interno lordo pro capite	Negativa
	Spesa socio-sanitaria sul totale della spesa pubblica provinciale/regionale	Negativa
	Indice di equilibrio economico generale	Negativa
	Tasso di imprese attive sul totale delle imprese	Negativa
	Tasso di mortalità aziendale (rapporto tra il numero di imprese cessate nell'anno e la popolazione di imprese nate/attive nell'anno)	Positiva
	Tasso di disoccupazione	Positiva
	Indice di ricambio delle risorse umane o turnover delle risorse umane	Negativa
<b>Efficienza delle PA</b>	Tasso di pazienti che si curano in un'altra provincia	Positiva
	Indice sulla Qualità delle Istituzioni – Institutional Quality Index (IQI)	Negativa
	Indicatori sulla soddisfazione degli utenti di aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, policlinici e IRCCS	Negativa
<b>Demografia e società</b>	Percentuale di donne attive sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Tasso di femminilizzazione del personale	Negativa
	Numero di giovani (18-35) attivi sul mercato del lavoro sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Personale con meno di 35 anni di età sul totale del personale	Negativa
	Numero di persone attive sul mercato del lavoro con titolo di studio superiore sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Personale laureato o con titolo superiore sul totale del personale	Negativa
<b>Relazioni con enti esterni</b>	Sistema centralizzato di raccolta delle informazioni degli enti controllati	Negativa
	Presenza di un sistema di controllo sulle nomine negli enti controllati	Negativa
	Presenza di aziende sanzionate per corruzione tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse	Positiva
	Presenza di aziende collegate a persone politicamente esposte (PEP) tra gli enti controllati e/o i portatore di interesse	Positiva

Fonte: Polis-Lombardia

## 2.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO

Per contesto interno si intende l'ambiente interno nel quale l'organizzazione persegue i propri obiettivi. Esso è rappresentato da:

- struttura organizzativa, ruoli, responsabilità;
- attività, strategie, politiche, obiettivi;
- capacità, risorse e conoscenze (persone, processi, tecnologie);
- cultura dell'organizzazione.

L'analisi del contesto è basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi; essa tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura a rischio di corruzione.

Il PNA 2016 ha evidenziato *“l'importanza di segnalare la complessità organizzativa dell'amministrazione in esame, attraverso l'esame della struttura organizzativa, dei ruoli e delle responsabilità interne, così come delle politiche, degli obiettivi e strategie dell'ente, anche utilizzando dati su eventi o ipotesi di reato verificatesi in passato o su procedure derivanti dagli esiti del controllo interno”*.

La Fondazione è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ha natura giuridica di diritto pubblico ed è classificata come struttura sanitaria di alta specializzazione e di rilevo nazionale per l'oncologia.

Essa svolge, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, confermandosi quale centro di riferimento nazionale e ponendosi quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza.

La sede legale della “Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori” è sita in Milano, via Giacomo Venezian, 1 (c.f. 80018230153 – p.i. 04376350155).

La Fondazione dispone, per i propri fini istituzionali, dei seguenti immobili: stabili in Milano – Via Venezian n. 1 (immobile di proprietà, sede Fondazione – uffici amministrativi – area clinica – area ricerca – aule didattiche), Via Amadeo n. 42 (immobile di proprietà – area ricerca), stabile denominato “Cascina Rosa” Via Golgi/Via Vanzetti (immobile in concessione dal Comune di Milano – area epidemiologia), Via Ponzio n. 46 (immobile di proprietà di terzi, in locazione alla Fondazione – sede del corso di “Laurea in Infermieristica” con relativi uffici amministrativi e aule didattiche).

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:

La Fondazione, come previsto dal proprio Statuto, persegue le seguenti **finalità**:

- svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, al fine di costituire un centro di riferimento nazionale, nell'ambito della funzione di vigilanza esercitata dal Ministero competente in materia di Sanità;
- elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri Enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza, per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- fornire, mediante rapporti convenzionali o con altre modalità il supporto alle istituzioni di istruzione e

- formazione *pre e post* laurea;
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica;
  - assumere ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale e applicata e a tutelare la proprietà dei suoi risultati;
  - svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

La Fondazione, al fine esclusivo di reperire risorse aggiuntive da destinare alla ricerca e alla qualificazione del personale, può inoltre svolgere, in proprio o con altri soggetti pubblici e privati, in forma societaria o con altre forme di collaborazione attività strumentali, anche produttive, nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti per gli enti *no-profit*.

Sono **organi della Fondazione**: il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e il Collegio Sindacale.

### **Organizzazione**

Ai fini dell'espletamento della propria attività (*core e no-core*) che si estrinseca in offerta assistenziale, attività di ricerca, sperimentazione, studio e didattica, la Fondazione ha articolato l'organizzazione in tre macro-aree: area clinica, area di ricerca, area amministrativa che hanno, tra loro, punti di intersezione gestionali, funzionali e di processo che originano sia dalla natura e dagli scopi della Fondazione sia dalle correlate scelte strategiche di indirizzo economico-finanziarie dell'ente.

L'articolazione organizzativa costituisce dunque lo strumento prioritario per il perseguimento delle strategie cliniche e di ricerca e di soddisfacimento della qualità e dei volumi di offerta che discendono dagli atti di programmazione.

Detta articolazione, pur nel rispetto delle peculiarità di ogni area, è improntata ad un *unicum*, raffigurabile come un percorso circolare in cui le attività di ogni settore sono funzionali al perseguimento degli scopi della Fondazione. L'attività di ricerca pertanto deve mantenersi strettamente correlata al miglioramento delle cure, e l'attività clinica deve esprimersi ai livelli più qualificati ed offrire, al contempo, nuovi stimoli di sviluppo alla ricerca stessa secondo il classico modello traslazionale. L'area amministrativa, in tale contesto, assolve funzioni di governo gestionale e di supporto, trasversali ad ogni attività, garantendo la legittimità dei processi e la corretta gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie.

*Il modello ordinario di gestione operativa* di tutte le attività della Fondazione è l'organizzazione dipartimentale incentrata sulla flessibilità organizzativa e orientata alla creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'articolazione dipartimentale della Fondazione nell'assetto proposto con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) – approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 465DG del 16 settembre 2022 e con D.G.R. N. XI/6811 del 2 agosto 2022 – prevede la presenza di Dipartimenti Gestionali. Essi sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite.

Risultano inoltre presenti specifiche aree funzionali, che non costituiscono di per sé Dipartimenti, bensì aggregazioni di strutture a livello intra o interdipartimentale per il perseguimento di obiettivi e strategie diagnostico terapeutiche

multidisciplinari.

**L'ISTITUTO IN CIFRE<sup>2</sup> (riferimento 1° semestre 2022)**

**Ricoveri: 13.579**

di cui in Day Hospital 3.838

di cui in Degenza Ordinaria 11.092

**Prestazioni ambulatoriali totali 1.217.269**

di cui Prestazioni laboratorio 849.298

di cui Visite e prestazioni totali 367.971

**Posti letto 462 + 18 MAC (Macroattività ambulatoriale complessa) + 2 BCOA (A bassa complessità operativa e assistenziale)**

---

**Personale dipendente, collaboratori e borsisti: 2.035**

---

**Strumenti diagnostici**

3 Risonanze magnetiche ad elevato campo magnetico - 1,5 Tesla

3 TAC (da 64 e 128 *slice*, una in ultra low dose)

2 Mammografi digitali diretti

1 tavolo per biopsie mammarie

14 strumenti radiologici diversamente dedicati (9 per grafia 5 per scopia)

1 angiografo digitale

45 ecografi

2 PET/TC

2 laboratori di radiochimica

1 Gamma camera

2 Spect/TAC

---

**Apparecchiature terapeutiche**

6 acceleratori lineari (di cui due dotati di Rapidarc)

1 apparecchiatura per brachiterapia HDR

2 TAC simulatore

**L' organigramma della Fondazione è consultabile al link: <https://www.istitutotumori.mi.it/organigramma>**

---

<sup>2</sup> <https://www.istitutotumori.mi.it/istituto-in-numeri>



### **Rapporto di collaborazione con gli altri Enti e Organizzazioni**

**Università:** con DGR n. X/1563/2014, la Regione Lombardia ha deliberato di integrare il Polo universitario centrale individuato per l'Università degli Studi di Milano con l'inserimento della Fondazione quale Istituto di riferimento per l'oncologia.

La relativa Convenzione, sottoscritta il 12 febbraio 2015 con l'Università degli Studi di Milano, ha lo scopo di regolamentare gli aspetti gestionali ed organizzativi per lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche dei corsi di studio pre e post-laurea dell'area medico/sanitaria e delle funzioni assistenziali ad esse connesse.

**Associazioni no profit:** presso la Fondazione svolgono la loro attività numerose Organizzazioni no-profit che operano all'interno dell'ente e che sostengono le attività di assistenza, di ricerca scientifica, di formazione e di informazione sanitaria a favore di pazienti e/o cittadini. I rapporti tra la Fondazione e le Associazioni no-profit sono disciplinati da apposito Regolamento, approvato con deliberazione n. 12F del 20 febbraio 2012, in attuazione dell'art. 14, c.7 del D.Lgs. n. 502/1992, e pubblicato sul sito web dell'ente, allo scopo di favorire la presenza del volontariato all'interno dell'Istituto.

Le Associazioni che a vario titolo collaborano con la Fondazione si caratterizzano per le differenti finalità: assistenza ospedaliera, supporto ai pazienti e loro familiari, diffusione delle conoscenze sulle malattie oncologiche specifiche e sullo sviluppo della ricerca scientifica.

### **Rapporto di collaborazione tra amministrazioni**

La collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio favorisce la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, di esperienze, di sistemi informativi e di risorse.

La Fondazione è stata inserita nel *Focus Group* ristretto di Regione Lombardia per l'analisi del contesto esterno e interno, collabora con il Gruppo Interaziendale spontaneo dei RPCT "Lombardia Ovest", del quale fanno parte i rappresentanti di n. 35 enti del SSR e fa parte al gruppo "ristretto" dei RPCT del territorio di Milano.

### **Modalità di partecipazione e di tutela degli utenti**

Con Determinazione 1 giugno 2016 n. 173DG è stato istituito l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), individuandone il responsabile che si avvale, per lo svolgimento delle proprie attività, del supporto amministrativo degli operatori dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

L'Ufficio agisce in modo autonomo ed indipendente a tutela dei diritti delle persone che accedono alle prestazioni dell'Istituto, monitorando e valutando il pieno rispetto di quanto previsto dalla Carta dei Servizi, attraverso la presa in carico del paziente e dei suoi familiari, per facilitare l'accesso ai servizi.

L'UPT lavora in stretto contatto con l'URP, nell'ottica della costruzione di un modello integrato di ascolto per individuare strategie comuni che siano orientate alla costruzione di percorsi nella direzione di assicurare e migliorare le cure ed i servizi ai cittadini.

## **3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE**

La Legge n. 190/2012, i PNA e lo stesso PTPCT al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e

dell'illegalità, 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'A.N.A.C.** (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). Si tratta di un'autorità amministrativa indipendente composta da 5 membri, di cui uno è presidente, che rimangono in carica sei anni. 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'O.R.A.C.:** 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** 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 predispose corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.
- **Le singole Pubbliche Amministrazioni**, responsabili dell'introduzione ed 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:
  - designano il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
  - adottano il PTPCT 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.
- **Il Direttore Generale** al quale, secondo l'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, sono riservati tutti i poteri di gestione. 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 nel PTPCT.
- **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 nel PTPCT nelle aree di propria competenza. Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore della Fondazione. È composto da tre membri così designati: uno dal



Ministero dell'economia e delle finanze, uno dal Ministero della salute, e uno dal Presidente della Regione Lombardia. I membri del Collegio restano in carica tre anni e sono confermabili.

➤ **Il Collegio Sindacale:** è organo di controllo contabile della Fondazione e in particolare:

- verifica l'amministrazione della Fondazione sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta delle scritture contabili e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua periodiche verifiche di cassa.

➤ **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 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.

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 PTPCT.

➤ **I Referenti per la prevenzione e la trasparenza** 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.

Svolgono attività di costante monitoraggio sull'adempimento delle misure previste dal PTPCT 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 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. Provveditorato
  - Direttore s.c. Progetti e Servizi Tecnici
  - Direttore s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e Libera Professione
  - Direttore s.c. Ingegneria Clinica
  - Direttore s.c. Farmacia
- **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 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 Consiglio di Amministrazione 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.
- **La funzione di controllo della Qualità** delle prestazioni e dei servizi è attivata, 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 Cancer 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 nel 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 nel PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di *whistleblowing*.

### 3.1 IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

L'articolo 6 del Decreto Legge 80/2021 (c.d. Decreto Assunzioni o Decreto Reclutamento) convertito con la Legge del 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto come obbligatorio per le pubbliche amministrazioni (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative) la redazione entro il 31 gennaio 2022 di un piano chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale, diversi profili di interesse dell'attività e dell'organizzazione dell'Ente.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dovrà essere pubblicato ogni anno sul sito dell'ente e inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica; dovrà assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e 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



190/2012.

Nello specifico, si tratta di un **documento di programmazione unico** che accorperà i piani della *Performance*, del Piano Organizzativo del lavoro agile (POLA), della parità di genere, dell'anticorruzione e della trasparenza.

Resterebbero esclusi dall'unificazione soltanto i documenti di carattere finanziario.

Il **PIAO** pertanto dovrà contenere:

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

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

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione 30 giugno 2022 n. 30F la Fondazione ha adottato il proprio Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024.

### 3.2 COMITATO DI COORDINAMENTO DEI CONTROLLI

Il Comitato di coordinamento dei controlli è presieduto dal RPCT ed afferisce direttamente al Direttore Generale.

Il Comitato persegue la sinergia e 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 alle strategie aziendali.

Del Comitato fanno parte integrante rappresentanti di Direzione Medica di Presidio, del Dipartimento Amministrativo, *Internal auditing*, Controllo di Gestione, Qualità e Risk Management.

Le modalità e gli strumenti con cui viene garantito il funzionamento del Comitato e viene assicurato il raccordo e il coordinamento dei controlli, che si svolge attraverso i rispettivi titolari delle attività, sono definite in una procedura/regolamento aziendale interno. Nello stesso documento sono definite le modalità e tempi con cui il responsabile del Comitato riferisce e relaziona alla Direzione Strategica.

Il sistema dei controlli interni supporta gli organi di vertice della Direzione Strategica a garanzia del rispetto dei principi di legittimità, trasparenza e di buona gestione nonché al fine di generare efficienza, efficacia ed economicità.

## 4. OBIETTIVI STRATEGICI

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**.

Il presente Piano è volto al perseguimento delle seguenti finalità:

- 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 si individuano i seguenti **obiettivi strategici** della Fondazione per il triennio 2023-2025, 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.

Il presente PTPCT, al fine favorire comportamenti ispirati ai principi etici della legalità, della correttezza e della trasparenza, secondo i principi di dinamicità, modularità e progressività, si prefigge di:

- individuare le attività a più elevato il rischio di corruzione e le relative misure di prevenzione;
- prevedere, per le attività di prevenzione individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire e/o limitare il rischio di corruzione;
- prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate, gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- 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;
- favorire la partecipazione degli uffici tramite un flusso continuo di dati al RPCT (informazioni, documenti, meccanismi di controllo) al fine di consentire le dovute verifiche sull'operato degli stessi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'elaborazione e la conseguente attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione e tutela della legalità tiene conto dei seguenti vincoli:

- vincolo culturale connesso al prevalente carattere 'innovativo' della disciplina che richiede, da un lato, interventi di tipo interpretativo, dall'altro, l'applicazione progressiva e graduale dei nuovi istituti previsti;
- vincolo derivante dall'invarianza finanziaria che impone di realizzare gli obiettivi sopra indicati con le limitate risorse economiche, umane e strumentali a disposizione. Con riferimento alla invarianza finanziaria è necessario, in relazione agli obiettivi da raggiungere e al miglioramento delle *performance*, individuare le priorità di investimento in ambito formativo, organizzativo e gestionale;
- vincolo organizzativo: l'attività di contrasto alla corruzione prevede incombenze aggiuntive per i responsabili delle strutture interessate e per lo stesso RPCT che si sovrappongono alle normali attività di rispettiva competenza.

## 5. PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA – MODALITA' DI AGGIORNAMENTO

### Il processo di adozione

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione si pone in continuità con il precedente Piano ed è l'esito del lavoro del Responsabile per la prevenzione della Corruzione con il pieno coinvolgimento dei Dirigenti responsabili dei settori a rischio individuati dal Piano stesso e dei Referenti per la prevenzione della corruzione.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione viene adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno come previsto dall'art. 1, comma 8 della Legge 190/2012. Data la valenza pluriennale del Piano, che risponde a principi di progressività, dinamicità e modularità, l'aggiornamento annuale terrà conto delle indicazioni e contenuti del PNA, delle Linee Guida ANAC, delle ulteriori misure di prevenzione messe in atto dai responsabili dei settori a rischio, dalle sopraggiunte modifiche normative nonché dall'emersione di eventuali nuovi rischi non considerati in fase di predisposizione del Piano.

Il Piano è stato preventivamente illustrato e messo a disposizione "in bozza" al Consiglio di Amministrazione nella seduta del 17 dicembre 2021, al fine di favorire il coinvolgimento degli organi di indirizzo e di gestione nella redazione dello stesso ponendo particolare attenzione agli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, di specifica competenza del Consiglio, in vista dell'approvazione del PTPCT 2023-2025 da parte di quest'ultimo, nel mese di gennaio 2023.

Il Piano è stato altresì trasmesso, per opportuna conoscenza, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data 20 dicembre 2021.

Al fine di assicurare il più ampio coinvolgimento la bozza del Piano è stata inoltre pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" per raccogliere eventuali ulteriori suggerimenti in vista della successiva adozione.

Il processo di aggiornamento dei contenuti si sviluppa nell'arco dell'anno concentrandosi in due momenti principali (a cadenza semestrale) di confronto tra il RPCT e i Dirigenti responsabili delle misure di prevenzione della corruzione previste nel piano, unitamente ai Referenti di struttura. Tali incontri, oltre a costituire i momenti di messa a punto e condivisione delle nuove misure di prevenzione da adottare nell'edizione successiva del PTPCT, sono volti a verificare lo stato di attuazione delle misure già in essere (monitoraggio), le necessità formative e di aggiornamento della valutazione del rischio, nonché la possibilità di rotazione del personale.

Le previsioni contenute nel presente PTPCT, in ottemperanza alle disposizioni sopra indicate, al fine di prevenire fenomeni corruttivi, sono integrate da ulteriori strumenti strategici, quali:

- Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS);
- Codice di Comportamentale dei Dipendenti;
- Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali;
- Regolamenti in materia di procedimento disciplinare del personale del Comparto e della Dirigenza Medica e Sanitaria Professionale Tecnica amministrativa;
- Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e civico generalizzato;
- Regolamento per l'attività di Internal Audit nella Fondazione e approvazione del Piano annuale di Internal Auditing;

- Regolamento per il Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo;
- Piano della Performance 2022-2024.

Il Piano è stato concepito dunque in una logica di continuità con i precedenti. L'aggiornamento 2023-2025 ha l'obiettivo di rafforzare e razionalizzare il corpo degli interventi organizzativi e di controllo attuati dalla Fondazione con una logica di gradualità, evitando di anticipare azioni con scarsa probabilità di realizzazione allo stato attuale. Un aspetto di rilievo nell'elaborazione dell'aggiornamento è stato quello della condivisione con i dirigenti e i referenti per la prevenzione delle azioni da mettere in campo per rafforzare la cultura e la "prassi" dell'integrità.

Il fine ultimo è quello di rendere strutturali le misure per la prevenzione e il contrasto alla corruzione già adottate, rendendo sempre più capillari le misure di prevenzione e l'attività di monitoraggio delle aree di rischio individuate.

Il Piano e i suoi aggiornamenti annuali vengono pubblicati sul sito web dell'amministrazione, nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto sezione "Altri contenuti" – "Corruzione".

Al fine di consentire il monitoraggio dell'ANAC, la Fondazione mantiene sul sito tutti i PTPCT adottati nel tempo.

La trasmissione ad ANAC avviene attraverso la "Piattaforma di acquisizione dei PTPCT" secondo quanto indicato nella sezione "Servizi" → "Registrazione e profilazione utenti", del sito di ANAC.

## 5.1 LA NECESSITA' DI FARE RETE

Nell'ambito della progettazione "**fare rete**" vuol dire "*capacità di soggetti simili e/o di varia natura di unire risorse, persone e conoscenze per raggiungere degli obiettivi comuni*".

Tale caratteristica, richiesta ad esempio in molti bandi scientifici nazionali ed europei, può rendere più efficaci le attività e conseguentemente facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nella pratica "fare rete" vuol dire:

- condividere obiettivi comuni;
- concertare le azioni da svolgere;
- coinvolgere tutti i partner nella realizzazione del progetto.

In tale ottica dal 2017 è stato attivato un gruppo di lavoro permanente dei RPCT dei quattro IRCCS pubblici lombardi che ha portato alla definizione di criteri condivisi per la predisposizione dei rispettivi Piani Triennali e per la gestione/controllo di determinate aree di rischio presenti nei rispettivi Piani.

Gli incontri e i momenti di scambio e comunicazione tra i 4 enti hanno portato alla creazione di modelli e documenti, all'individuazione di indicatori di anomalia e aree di rischio comuni con analoghe misure di prevenzione dei rischi.

## 5.2 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER INTERNI ED ESTERNI

La promozione di stili e ambienti di vita favorevoli alla salute, in passato considerata attività esclusiva del settore sanitario, richiede un approccio globale di sistema che coinvolga tutti i settori che, con le loro politiche, interagiscono sui vari *determinanti di salute*<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> I "*determinanti della salute*" sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e – più estesamente – di una comunità o di una popolazione.

Lo strumento della rete diventa un'arma strategica e imprescindibile per finalizzare le attività che riguardano la promozione della salute, la sicurezza alimentare e la prevenzione delle diverse patologie, attraverso interventi di tipo educativo ed azioni di controllo, nella logica di valorizzare il concetto di responsabilizzazione dei cittadini, delle istituzioni, delle imprese promuovendo integrazioni e sinergie d'azione con i diversi soggetti della Comunità (Istituzioni, Enti, Associazioni, etc.).

Le conoscenze e competenze sui temi della prevenzione devono essere sostenuti da un'efficace azione di comunicazione pubblica rivolta alla popolazione, ai suoi rappresentanti e ai cittadini utenti del servizio sanitario. Per conseguire tale obiettivo non si può prescindere dalla necessità del coinvolgimento e dell'attivazione di ruoli e responsabilità di tutti i settori, *in primis* l'Università e più in generale i soggetti del sistema educativo, quindi le Istituzioni e gli Enti, per giungere fino al coinvolgimento di Associazioni e società civile nel suo complesso.

Il Piano Nazionale Anticorruzione sottolinea dunque l'importanza di assicurare il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti dell'amministrazione e degli *stakeholder* esterni, al fine di migliorare la strategia complessiva di prevenzione della corruzione delle Amministrazioni.

Nell'intento di favorire la più ampia partecipazione dei soggetti appartenenti ad associazioni, enti ed organizzazioni e dei cittadini, nella sezione "amministrazione trasparente" del sito web istituzionale è data la possibilità ai portatori di interesse di inviare suggerimenti e proposte volte al miglioramento del presente Piano.

## 5.2 L'ANALISI DEL RISCHIO

L'attività di analisi del rischio, 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 il frutto della collaborazione sistematica tra il RPCT ed i Responsabili delle strutture delle aree a maggior rischio, che ha consentito di introdurre nel PTPCT, da parte di ciascun Responsabile di struttura d'intesa con l'RPCT, misure ulteriori (allegato 1) rispetto a quelle generali o di sistema previste dalla Legge 190/2012, sulla base delle indicazioni fornite da ANAC nel PNA.

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.

Nell'arco del triennio proseguirà il lavoro per il costante miglioramento e revisione della mappatura dei rischi sulla base delle indicazioni fornite da ANAC con il PNA 2019, delle verifiche svolte e per l'emersione di rischi ad oggi non rilevati, con l'obiettivo di introdurre indicatori che diano conto in misura sempre maggiore dell'effettività delle azioni/misure attuate e quindi dell'efficacia delle politiche di prevenzione.

Tale specifica attività coinvolgerà prioritariamente i Responsabili dei settori individuati nell'allegato 1-A, in una logica di "progressività".



### 5.3 PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il PTPCT rappresenta lo strumento attraverso il quale la Fondazione sistematizza e descrive un processo articolato in fasi tra loro collegate, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi e di illegalità. Nel Piano si descrivono una serie di attività di prevenzione della corruzione a partire dall'analisi dei processi e dei sottoprocessi dell'organizzazione aziendale.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha dato avvio, mediante interviste con i Responsabili delle funzioni, i Referenti per la prevenzione e gli operatori coinvolti direttamente nei processi, dapprima all'aggiornamento e all'individuazione di ulteriori attività, processi e sottoprocessi sensibili, ovvero aree in cui sia teoricamente possibile che si annidino fenomeni antigiuridici o inopportuni e, successivamente, alla valutazione dei rischi di commissione di infrazioni e del sistema di controllo interno idoneo ad intercettare eventuali comportamenti illeciti, sulla base delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione e dalle linee guida emanate dall'ANAC.

Nel corso dell'attuazione del PTPCT 2023-2025 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*

- E) Ricerca;
- F) Attività libero professionale e liste di attesa;
- G) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- H) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

Sulla scorta di quanto sopra illustrato, la Fondazione ha proceduto a valutare il rischio di reati nell'ambito delle proprie strutture, tenendo conto dei principi formulati nei PNA 2019 e precedenti, adeguatamente adattati alla realtà aziendale e più in generale alle specificità di Ente del SSN.

Con l'allegato 1 della delibera n. 1064 del 13/11/2019 di approvazione del PNA 2019, ANAC ha fornito nuove indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, sostituendo completamente il metodo indicato sino ad ora per la mappatura del rischio.

Infatti, l'elemento più impattante del PNA 2019 è stato quello dell'introduzione di diverse "*indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*".

Gli aspetti di **novità** che caratterizzano il sistema di gestione del rischio indicato nel PNA 2019 possono essere così riassunti:

- **analisi del contesto:** l'acquisizione dei dati rilevanti non deve essere fine a se stessa ma deve portare ad un'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo (comprendere quali sono le aree di rischio da esaminare prioritariamente, identificare nuovi eventi rischiosi, elaborare misure di prevenzione



specifiche, ecc.). In altri termini, l'analisi del contesto non è una presentazione del territorio ma deve essere focalizzata sulle potenziali pressioni e criticità del contesto, esterno e interno. L'ANAC auspica che nel PTPCT venga fornita **evidenza specifica di come l'analisi di contesto esterno abbia portato elementi utili alla successiva gestione del rischio;**

- rispetto alla **mappatura dei processi**, ribadisce che la stessa sia *“requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incida sulla qualità complessiva della gestione del rischio”* e come nella mappatura la gradualità sia accettabile in relazione alla relativa mole di lavoro; l'ANAC chiarisce inoltre come **l'identificazione dei processi** debba avvenire solo per la prima fase della mappatura, seguita dalla **descrizione** (individuazione della fasi del processo) e dalla **rappresentazione** (da attuarsi in forma tabellare o tramite diagramma);
- rispetto alla **valutazione del rischio**, l'ANAC specifica che *“l'allegato 5 del PNA 2013 non va più considerato un riferimento metodologico da seguire”* (ma concedendo una certa gradualità per il cambio dell'approccio), in quanto si stabilisce che *“laddove le amministrazioni abbiano già predisposto il PTPCT utilizzando l'Allegato 5 al PNA 2013, il nuovo approccio valutativo di tipo **qualitativo** può essere applicato in modo graduale in ogni caso non oltre l'adozione del PTPCT 2021-2023”*, suggerendo di **adottare un approccio di tipo qualitativo**, dando ampio spazio alla **motivazione della valutazione** e garantendo la massima trasparenza. Si tratta senza dubbio di una interessante evoluzione verso una **maggiore contestualizzazione** (talvolta svilita dall'adozione ortodossa delle check-list dell'allegato 5 citato) che però deve essere supportata dalla definizione preliminare di un set di **indicatori di stima del livello di rischio**. Sostanzialmente, partendo da alcuni esempi di item proposti dall'ANAC stessa (livello di interesse “esterno”, grado di discrezionalità del decisore interno alla P.A., manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata, grado di attuazione delle misure di trattamento, ecc.), che devono essere contestualizzati e ampliati, ogni organizzazione dovrà creare e condividere al proprio interno un **set di item attraverso i quali misurare il livello di esposizione al rischio e formulare un giudizio sintetico** (l'indice di rischio del processo), fornendo a supporto dati, evidenze e motivazione della misurazione applicata;
- **trattamento del rischio**: le amministrazioni non devono *“limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli”* coerenti con le priorità rilevate e con le risorse disponibili; l'assenza di misure specifiche (che agiscono in maniera puntuale su specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio) rappresenta da sempre un punto di debolezza di molti Piani; a tal fine l'ANAC ricorda che *“un PTPCT privo di misure adeguatamente programmate (con chiarezza, articolazione di responsabilità, articolazione temporale, verificabilità effettiva attuazione, verificabilità efficacia), risulterebbe mancante del contenuto essenziale previsto dalla legge”*;
- per ultimo, è interessante lo spazio dedicato alla **fase del monitoraggio** (riferito sia dell'attuazione che dell'idoneità/efficacia delle misure di trattamento del rischio); le indicazioni in tal senso sono inerenti all'opportunità di ricorrere all'autovalutazione da parte dei referenti (se previsti) o dai responsabili degli uffici soltanto nelle aree in cui il rischio di corruzione è più basso, mentre nelle aree a più alto rischio, questa modalità deve essere utilizzata in combinazione con l'azione di monitoraggio svolta dal RPCT o da organi indipendenti rispetto all'attività da verificare. Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della



corruzione attuata, viene ribadito, costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT.

Come previsto dal PNA 2019, la valutazione del rischio è avvenuta in tre fasi:

### 1. Identificazione

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

### 2. Analisi

Si riporta di seguito l'elenco dei FATTORI ABILITANTI considerati:

- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in questo caso, l'analisi dovrà dare conto se vi sia totale mancanza di misure e/o se quelle in atto siano efficaci;
- 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 all'Allegato 1 al presente Piano la Fondazione ha iniziato un percorso di analisi e ponderazione del rischio applicando una valutazione di **tipo qualitativo**, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in "Ottimo – Sufficiente – Buono – Mediocre – Scarso", in base a motivate valutazioni 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 intorno alla P.A.: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
- 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.
- Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.
- 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.
- Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.



### Dati oggettivi, a supporto della valutazione

Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione.

I reati contro la PA;

I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità.

Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di *customer satisfaction* che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla *malagestio* di taluni processi organizzativi.

Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.)

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata ad un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso la Fondazione (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.

REGISTRO DEI RISCHI		
<b>FATTORI ABILITANTI</b>		<b>valutazione rischio qualitativo</b>
A= discrezionalità B= presenza di interessi economici/personali C= segnalazioni pervenute/progressi giudiziari D= livello di partecipazione del Responsabile di Struttura alla predisposizione del PTPCT E= partecipazione alla cultura della legalità F= controlli programmati	A: valore da 1 a 5 B: valore da 1 a 5 C: valore da 1 a 5 D: valore da 5 a 1 E: valore da 5 a 1 F: valore da 5 a 1	6 - 10 marginale 11 - 16 accettabile 17 - 23 rilevante 24 - 30 critico

L'analisi del rischio aggiornata, anche attraverso l'elaborazione di un "registro dei rischi", ha portato ad una valutazione complessiva che il rischio si verifichi "accettabile", non evidenziando pertanto all'interno della Fondazione aree ad alto rischio (Allegato 1).

Nell'ambito del PTPCT per ciascuna processo e sottoprocesso afferenti a ciascuna area di rischio sono state successivamente indicate le **misure di prevenzione e trattamento del rischio** da implementare per ridurre la probabilità che quest'ultimo si verifichi.

Tali misure sono state classificate in:

- **misure generali** o di sistema, la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge, dal PNA o da altre fonti normative, descritte nel capitolo '*Misure generali o di sistema*';
- **misure ulteriori** che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel PTPCT. Per ciascuna di esse è stato individuato un Responsabile per l'attuazione ed il monitoraggio, la tempistica di attuazione e un indicatore di monitoraggio della misura (Allegato 1).

Il PTPCT della Fondazione rappresenta pertanto un programma di attività con l'indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure di prevenzione da implementare, dei relativi responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi d'attuazione.

## 5.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO DEL PIANO E DELLE MISURE DI PREVENZIONE

### Monitoraggio



L'attività di monitoraggio dell'attuazione del presente Piano triennale 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.

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.

### **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 UPD 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.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 (come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016), predisponde annualmente una relazione che reca i risultati dell'attività svolta, la trasmette all'organismo indipendente di valutazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) e all'organo di indirizzo dell'amministrazione (Consiglio di Amministrazione). La relazione viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

## **6. MISURE GENERALI O DI SISTEMA**

### **6.1 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI**

Il RPCT entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno, acquisisce d'ufficio dai Dirigenti di struttura una dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi conclusi nel semestre precedente, relativa al rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti stessi, con evidenza delle motivazioni dei procedimenti conclusi oltre i termini previsti.

### **6.2 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 presente 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 Contrattazione Sindacale nel corso degli anni 2018 e 2019 ha organizzato specifici eventi formativi sul tema, aperti a tutti i dipendenti. Tali eventi formativi hanno avuto 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 verrà realizzata anche nel corso del 2019 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".

Con Delibera numero 177 del 19 febbraio 2020 ANAC ha approvato le "*Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche*".

Con dette Linee guida, pertanto, l'Autorità ha fornito indirizzi interpretativi e operativi che, valorizzando anche il contenuto delle Linee guida del 2013, sono volte a orientare e sostenere le amministrazioni nella predisposizione di codici di comportamento con contenuti più coerenti a quanto previsto dal legislatore e soprattutto, utili al fine di realizzare gli obiettivi di una migliore cura dell'interesse pubblico. A tal fine una parte importante delle Linee guida è rivolta al processo di formazione dei codici in cui risulta fondamentale la partecipazione dell'Ente alle tecniche di redazione consigliate e alla formazione che si auspica venga rivolta a tutti i destinatari del codice.

### **6.3 FORMAZIONE**

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 importante 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 dal presente PTPCT è stata formalizzata con una specifica procedura di qualità il cui obiettivo generale è quello di implementare la diffusione della stessa.

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.

La procedura si applica a tutto il personale aziendale, con particolare riguardo ai dipendenti delle aree a più elevato rischio ed a quelli maggiormente coinvolti in responsabilità decisionali.

### 6.3.1 MECCANISMI DI FORMAZIONE IDONEI A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il RPCT, di concerto con la s.c. Sistema Qualità, Formazione e Protezione Dati, provvede a definire nell’ambito del piano annuale di formazione della Fondazione, attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente della Fondazione (formazione obbligatoria di base) e agli operatori delle aree individuate come maggiormente a rischio di corruzione (formazione specifica).

L’attività di programmazione delle iniziative di formazione comporta:

- l’individuazione dei dipendenti che svolgono attività nell’ambito dei settori sopra citati;
- la valutazione del grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione;
- la scelta delle metodologie formative (es. lezione frontale, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi, studi di caso, ecc.);
- l’individuazione dei docenti;
- il monitoraggio sistematico della formazione e dei risultati acquisiti.

Al fine di consentire modalità di formazione fruibili da una platea estesa, potranno essere presi in considerazione 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 nel PTPCT (allegato 1).

Tutti i dipendenti che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione devono, con cadenza periodica, partecipare ai corsi di formazione secondo i criteri previsti dal PTPCT, assicurando il completamento della Formazione entro il triennio di validità del piano medesimo.

Al fine di assicurare la massima promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica nell'attività amministrativa, anche nella fase di inserimento del personale, sono previsti eventi formativi per l'approfondimento dei contenuti della c.d. normativa anticorruzione.

I RPCT dei quattro IRCCS pubblici del territorio lombardo (Istituto Nazionale dei Tumori, Policlinico San Matteo di Pavia, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Istituto Neurologico C. Besta) da diversi anni hanno costituito una rete di confronto sui Piani di prevenzione della corruzione e i loro aggiornamenti. Tale collaborazione nel 2019 ha portato all'organizzazione del corso di formazione specifica (congiunto con la Fondazione Besta e il Policlinico di Milano) per gli operatori delle Risorse Umane c/o la Fondazione e per Direttori di Esecuzione dei Contratti e alla costituzione di un Gruppo di Lavoro in materia di incarichi extraistituzionali (art. 53 D.Lgs. n. 165/2001) presso il Policlinico al quale hanno partecipato, oltre agli RPCT, anche le strutture interessate dei tre IRCCS.

Nel 2021 è stato costituito un Tavolo Tecnico dei 4 IRCCS. Esito del confronto è stata l'organizzazione e lo svolgimento di "formazione specifica" incentrata sulle analisi delle prassi adottate dalle diverse realtà nel periodo di emergenza sanitaria, riferita in particolare agli Uffici Acquisti e alla Gestione del rischio clinico.

Tale metodo di lavoro, alla luce anche dei recenti indirizzi dell'ANAC, che hanno rilevato come sia divenuto indispensabile perfezionare i Piani di prevenzione della corruzione dei singoli Enti, attraverso modalità congiunte e condivise di valutazione del rischio e di individuazione delle misure di prevenzione specifiche per le aree di interesse comune, verrà ulteriormente consolidato nel periodo di validità del Piano consentendo di mettere in atto misure, per quanto possibile, condivise tra i quattro IRCCS pubblici lombardi.

### **6.3.2 IL PTPCT IN PILLOLE**

Nell'intento di rafforzare e diffondere la cultura della legalità e in linea con i fini istituzionali di perseguire comportamenti improntati alla correttezza e alla trasparenza dell'azione amministrativa, il RPCT, in collaborazione con la s.c. Affari Generali e Legali dallo stesso diretta, ha previsto che la *newsletter giuridica* (rivista periodica interna alla Fondazione che costituisce lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione intende fornire informazioni giuridiche di particolare interesse nell'ambito dell'attività svolta dalla nostra Fondazione) contenesse una specifica sezione rivolta alla prevenzione della corruzione.

Nell'edizione 2022 si è provveduto a fornire approfondimenti relativi a: tematiche relative alla tutela del soggetto che segnala condotte illecite o irregolari, alla rotazione degli incarichi e dei patti di integrità.

### **6.3.3 CORSO ON LINE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA PER TUTTI I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE**

Dal 2019 la Fondazione utilizza un sistema di formazione a distanza (FAD) finalizzata alla diffusione e conoscenza della materia della prevenzione della corruzione e Trasparenza.

La FAD 2020, rivolta a tutto il personale della Fondazione (personale amministrativo, tecnico e professionale), ha proposto una panoramica completa della Legge 190/2012, del D.Lgs. n. 33/2013 e delle successive modifiche (D.Lgs. n. 97/2016), anche attraverso dei casi pratici ed esemplificativi.

L'obiettivo del corso è stato quello di sviluppare la conoscenza della materia favorendo la diffusione della conoscenza dei principi ai quali il dipendente deve ispirarsi nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Tale obiettivo è stato raggiunto, in quanto le informazioni più rilevanti in materia di trasparenza e anticorruzione sono state ampiamente diffuse e portate alla conoscenza del personale, così come evidenziato dai dati positivi relativi alla partecipazione e agli esiti: il 75% dei destinatari ha partecipato al corso e il 98% di questi lo ha concluso con profitto, superando il test di valutazione dell'apprendimento.

Il giudizio finale è stato senz'altro positivo. La modalità a distanza (FAD) si è confermata un'ottima metodologia per erogare un corso obbligatorio a una platea così estesa e diversificata, monitorare l'andamento dei risultati e sollecitarne la partecipazione nel tempo.

Inoltre, grazie a questa modalità, i destinatari del corso hanno potuto gestire in autonomia i tempi da dedicare alla formazione ed è stato anche possibile coinvolgere in modo più capillare ed efficace alcune categorie di dipendenti che hanno difficoltà a partecipare in aula.

#### **6.4. COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE**

Una integrazione degli strumenti di programmazione può realizzarsi in diversi modi, avendo tuttavia presente che, nel percorso avviato con l'introduzione del PIAO, va mantenuto il patrimonio di esperienze della Fondazione maturate nel tempo.

L'intento del legislatore è quello di evitare un'impostazione del PIAO quale mera giustapposizione di Piani assorbiti dal nuovo strumento e di arrivare a una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA., in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione, assistiti da adeguate risorse sia finanziarie che umane.

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative della Fondazione.

Il Piano della Performance definisce inoltre gli elementi fondamentali su cui si imposta la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs. 150/2009.

del Approvazione del Piano della Performance

Con Deliberazione 25 maggio 2022 n. 25F la Fondazione ha approvato il Piano delle Performance 2022-2024 all'interno del quale sono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;

- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, il Piano della Performance è pertanto modificabile in relazione a:

- a) obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e di funzionamento della Fondazione (Piano di Organizzazione).

Sul punto ANAC ha sottolineato la necessità di integrare il ciclo delle performance con gli strumenti e i processi relativi a prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.

A tal fine il Piano delle Performance prevede tra i propri obiettivi anche quelli in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza assegnati al personale dirigenziale della Fondazione.

Pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono però una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. L'organo di indirizzo continua a programmare tali obiettivi alla luce delle peculiarità di ogni amministrazione e degli esiti dell'attività di monitoraggio sul Piano.

A questo proposito, va senza dubbio valorizzato il lavoro che da tempo la Fondazione ha già svolto nella mappatura dei processi proprio per la elaborazione dei PTPCT.

Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da potenziare, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità.

## 6.5 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

La Legge 190/2012 e il Piano Nazionale Anticorruzione prevedono, tra le altre misure idonee a scongiurare il rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi, la *“Rotazione del personale dirigenziale preposto nelle aree a maggiore rischio corruzione”*.

La legge n. 190/2012 considera la rotazione in più occasioni:

- art. 1, comma 4, lett. e): il D.F.P. deve definire i criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- art. 1, comma 10, lett. b): il RPCT procede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Il ricorso alla rotazione può concorrere, come anche indicato nella parte generale del PNA 2016, insieme alle altre misure di prevenzione, a prevenire e ridurre, evitando il determinarsi di possibili fattori di condizionamento ed eventuali eventi corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

La rotazione va vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati in tale direzione e collegati ai sistemi di gestione interni alla Fondazione che tengano conto, a titolo indicativo ma non esaustivo, della valutazione delle performance e/o dell'analisi dei potenziali delle risorse umane e non solo quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni.

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

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es. ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore prevenzione e protezione).

Le figure in grado di svolgere tali compiti sono spesso in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Detta previsione rappresenta una misura di rilievo tra gli strumenti di prevenzione della corruzione sulla base del principio che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e possibilità di collusione.

L'ANAC sul punto ha chiarito, in più occasioni, che la misura in discussione, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in coerenza con la specificità della Pubblica Amministrazione e nel rispetto del CCNL di riferimento, dovrà essere attuata nel limite del possibile. Resta inteso che in caso di mancata attuazione, la stessa dovrà essere giustificata e chiarita nel PTPCT.

A tal fine, il RPCT valuta annualmente con i Dirigenti interessati eventuali modalità operative e procedure interne per la rotazione dei dirigenti e funzionari impegnati nei settori a maggior rischio corruzione (es. rotazione dei "Direttori dell'esecuzione del contratto", DEC) compatibilmente con le risorse umane disponibili e nel rispetto del CCNL di riferimento nonché possibili misure complementari e/o alternative.

I dirigenti responsabili dei settori a rischio, individuati nel presente Piano, ove non sia possibile utilizzare la rotazione, provvedono, nella gestione del proprio personale, ad adottare misure alternative quali ad esempio l'adozione di modalità operative e percorsi formativi che favoriscano una maggiore interscambiabilità fra gli operatori, evitando così l'isolamento di particolari mansioni.

La rotazione non può dirsi applicabile per le figure infungibili e per tutti quei profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli specialistici laddove all'interno della Fondazione siano possedute da un unico dipendente o, qualora siano possedute da più dipendenti, questi ultimi appartengano a ruoli e strutture diversi oppure a diversi livelli retributivi (es. dirigente amministrativo e personale amministrativo del comparto).

I Responsabili di struttura procedono, di concerto con il RPCT e con la Direzione Strategica, alla rotazione dei funzionari coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva, come previsto dal PNA che espressamente introduce la rotazione quale misura preventiva in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente.

In caso di ipotesi di sospensione del dipendente dal servizio, di cui all'art. 4 della L. n. 97/2001, a seguito di condanna non definitiva, si fa riferimento all'avviso espresso da ANAC secondo cui: *"qualora la dotazione organica non consenta di operare la rotazione degli incarichi dei dirigenti, l'amministrazione procederà ad affidare l'incarico ad un funzionario o, in subordine, si avvarrà di soggetto esterno all'amministrazione stessa."*

Nel corso degli incontri periodici tra Responsabili di struttura e RPCT, si è provveduto ad una verifica della possibilità di applicazione della rotazione e delle possibili misure alternative:

- attivazione, nei casi di competenze infungibili, della c.d. “segregazione di funzioni”. Tale misura risulterebbe attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti); l’applicazione di questo principio risulterebbe efficace per incoraggiare il controllo reciproco;
- condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l’unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell’istruttoria;
- svolgimento di una formazione multidisciplinare volta a favorire una maggiore interscambiabilità del personale e a rendere fungibili le competenze, in modo tale da rendere possibile nel tempo il processo di rotazione.

### 6.5.1 LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L’art. 16, comma 1, lett. 1 – *quater* del D.Lgs. n. 165/2001 ha introdotto nell’ordinamento italiano la c.d. “rotazione straordinaria”.

La citata norma prevede un obbligo, da parte del datore di lavoro, di rotazione del personale “... *nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*”.

Il testo normativo non individua le fattispecie di illecito che l’amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria.

A differenza del “trasferimento a seguito di rinvio a giudizio” disciplinato dall’art. 3, co. 1, della Legge n. 97/2001, nel caso della “rotazione straordinaria” il legislatore non individua gli specifici reati, presupposto per l’applicazione dell’istituto ma genericamente rinvia a “condotte di tipo corruttivo”.

L’ANAC, con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019 “*Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater del D.Lgs. n. 165 del 2001*” ha chiarito che l’espressione “*avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva*” di cui all’art. 16, co. 1, lett. l-quater, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 335 c.p.p., ciò in quanto è proprio con quell’atto che inizia un procedimento penale.

La ricorrenza di detti presupposti, nonché l’avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo, impongono in via obbligatoria l’adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l’amministrazione dispone sull’applicazione dell’istituto, con riferimento a “condotte di natura corruttiva”.

Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma l’ordinamento raggiunge lo scopo di indurre l’amministrazione ad una valutazione trasparente, collegata all’esigenza di tutelare la propria immagine di imparzialità.

Il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. Si tratta di valutare se rimuovere dall’ufficio un dipendente che, con la sua presenza, pregiudica l’immagine di imparzialità dell’amministrazione e di darne adeguata motivazione con un provvedimento. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l’amministrazione sia venuta a conoscenza dell’avvio del procedimento penale. Ovviamente l’avvio del procedimento di rotazione richiederà da parte dell’amministrazione l’acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l’effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente.



A tal fine la Fondazione inserirà nel proprio codice di comportamento tale fattispecie, con particolare riguardo al dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

## 6.6 INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA'

Con il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

L'*incompatibilità* comporta l'obbligo, per il soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h D.Lgs. n. 39/2013).

L'*inconferibilità* comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). L'obbligo di dichiarare l'assenza di cause di incompatibilità/inconferibilità, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'attuazione nella Fondazione delle misure di prevenzione previste dal PNA ha tenuto conto dei disposti di cui ai seguenti provvedimenti:

- delibera ANAC 15 luglio 2013 n. 58 "*Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario*";
- delibera ANAC 22 dicembre 2014 n. 149 "*Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario*";
- determinazione ANAC 3 agosto 2016 n. 833 "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*".

Al fine di consentire le dovute verifiche, le dichiarazioni circa l'insussistenza di cause di incompatibilità e/o inconferibilità dell'incarico vengono acquisite prima del conferimento dell'incarico (pag. 56 PNA 2019).

Le verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità vengono svolte a campione dagli uffici preposti.

A tal fine, con provvedimento del Direttore Generale 28 febbraio 2014 n. 52DG è stato costituito il "Nucleo Ispettivo" che ha il compito di svolgere verifiche a campione e rendicontare annualmente al RPCT le posizioni verificate relative ad incarichi extraistituzionali.

Nel caso in cui venga accertato che un incarico sia stato dato in violazione delle norme di cui al D.Lgs. n. 39/2013, spetta al RPCT avviare un procedimento di accertamento e di verifica della situazione di inconferibilità, di



dichiarazione della nullità dell'incarico e il potere di applicare la sanzione inibitoria nei confronti dell'organo che ha conferito l'incarico (per un periodo pari a tre mesi). La sanzione inibitoria non è automatica ma richiede una previa valutazione dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa.

I procedimenti di accertamento delle situazioni di inconferibilità e sanzionatori devono svolgersi nel rispetto del principio del contraddittorio, affinché sia garantita la partecipazione degli interessati (pag. 57 PNA 2019).

Nel corso del prossimo triennio sarà predisposta un'apposita procedura che preveda l'allargamento delle attività del Nucleo Ispettivo.

## 6.7 FORME DI TUTELA OFFERTE AI WHISTLEBLOWERS

In un'ottica di collaborazione, tutti i dipendenti sono tenuti a svolgere attività informativa nei confronti del RPCT in merito ad illeciti di cui siano venuti a conoscenza.

La segnalazione di fenomeni potenzialmente corruttivi da parte del dipendente pubblico (nota anche come whistleblowing) rappresenta, nell'ordinamento italiano, un'importante novità nel quadro del cambiamento normativo per la lotta alla corruzione e trova specifica disciplina nell'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 introdotto dalla L. 190/2012.

Tenuto conto della rilevanza e della delicatezza della materia, si è ritenuto opportuno fornire le informazioni necessarie a tutto il personale della Fondazione (dipendente o collaboratore) tramite formazione specifica.

Ciò ha contribuito a rendere consapevole il personale dell'esistenza e dell'importanza dello strumento indirizzando il personale ad un corretto utilizzo della misura e promuovendo la diffusione della cultura della legalità e dell'etica pubblica.

Sono oggetto di segnalazione tutte le condotte considerate rilevanti, in quanto riguardano comportamenti, rischi o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, di cui il dipendente sia venuto a conoscenza durante lo svolgimento delle proprie mansioni sul luogo di lavoro.

Come previsto all'art. 12 del Codice etico e comportamentale dei dipendenti della Fondazione *“fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Si applicano le disposizioni dell'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179, e della Deliberazione 25 maggio 2016, n. 43F, recante “Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)”*.

Nel caso in cui la segnalazione coinvolga in via diretta o indiretta i superiori gerarchici, i dipendenti dovranno rivolgersi al RPCT.

Le segnalazioni da parte dei dirigenti sono effettuate direttamente al Responsabile Anticorruzione.

Al fine di semplificare e rendere effettive le suddette segnalazioni, su conforme indicazione dell'ANAC (Determinazione 28 aprile 2015 n. 6), è stata attivata una casella di posta elettronica dedicata, disponibile nella *homepage* del portale web del dipendente della Fondazione unitamente al modulo per effettuare la segnalazione e la relativa disciplina aziendale in materia di *whistleblower* (deliberazione 25 maggio 2016, n. 43F).

In ogni caso la garanzia di anonimato è assicurata al segnalante, al fine di incentivare l'operatività di tali segnalazioni. Si richiama al riguardo il secondo periodo del comma 51 della L. 190/2012 che prevede che il segreto sull'identità del segnalante possa essere svelato solo quando "sia assolutamente indispensabile", in conformità con il legittimo diritto alla difesa<sup>4</sup>.

Al fine di semplificare e rendere effettive le suddette segnalazioni, su conforme indicazione dell'ANAC (Determinazione 28 aprile 2015 n. 6) e della D.G.R. 7 marzo 2016 n. 4878 recante "*Piano straordinario Anticorruzione – Disciplina per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblower) per gli enti di cui all'all. A1 della L.R. 30/2006*" con la quale la Regione Lombardia ha richiamato, tra gli altri, gli enti sanitari all'applicazione della disciplina per la tutela del whistleblower, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, con deliberazione 25 maggio 2016 n. 43F ha approvato la disciplina attuativa della misura di prevenzione in oggetto, fornendo ulteriori disposizioni operative per il potenziamento dell'istituto del whistleblower, al fine di aumentare la tutela del dipendente che segnala illeciti.

La Legge 30 novembre 2017 n. 179 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*" ha inoltre previsto quanto segue:

- i whistleblower che segnalano gli illeciti all'ANAC o alla magistratura, oltre a veder protetta la propria identità fino alle indagini preliminari nel caso in cui la denuncia sfoci in un processo penale, non potranno essere sanzionati, demansionati, licenziati, trasferiti o sottoposti ad altre misure ritorsive. Nel caso in cui ciò dovesse accadere, possono chiedere il reintegro, poiché è prevista la nullità di ogni atto ritorsivo. L'onere della prova è invertito. Spetta infatti all'ente, pubblico o privato, dimostrare l'estraneità della misura rispetto alla segnalazione;
- l'ANAC a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applicherà all'ente una sanzione pecuniaria amministrativa fino a 30.000 euro. La mancata verifica della segnalazione e l'assenza o l'adozione di procedure discordanti dalle linee guida comportano invece una sanzione fino a 50.000 euro.

La nuova norma completa quanto già previsto dalla "Legge Severino" che non tutelava in modo specifico le denunce e non obbligava le pubbliche amministrazioni all'inversione dell'onere della prova.

Le tutele vengono meno nel caso di condanna del segnalante in sede penale, anche in primo grado, per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.

Il 4 dicembre 2018 è entrata in vigore la Delibera ANAC 30 ottobre 2018, n. 1033 recante "*Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del D.lgs. n.165/2001 (c.d. whistleblowing)*". La delibera disciplina il procedimento attraverso il quale ANAC esercita il potere sanzionatorio (d'ufficio, su

---

<sup>4</sup> La legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione dell'art. 1, co. 51, che introduce l'art. 54-bis nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), prevedendo che: «fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia»



comunicazione dell'interessato o su segnalazione dell'Amministrazione) per l'irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di cui all'art. 54-bis, comma 6<sup>5</sup>.

Con delibera n. 469/2021, ANAC ha aggiornato le Linee Guida in materia di Whistleblowing (emanate sulla base di quanto previsto dall'art. 54-bis, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001, con cui vengono approfonditi i profili relativi all'art. 1 della Legge 179/2017 concernente le segnalazioni di fatti illeciti effettuate in ambito pubblico).

Le Linee Guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sull'applicazione della normativa e sono rivolte alle Pubbliche Amministrazioni e agli altri Enti indicati dalla Legge tenuti a prevedere misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza. Esse contengono indicazioni utili anche per i possibili "segnalanti".

Le Linee Guida sono, altresì, volte a consentire alle amministrazioni e agli altri soggetti destinatari delle stesse di adempiere correttamente agli obblighi derivanti dalla disciplina di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR), adeguato alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 tramite il D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

La modifica del regolamento interno alla luce delle citate Linee Guida sarà perfezionata e implementata nel corso di vigenza del presente Piano.

## 6.8 CONFLITTO DI INTERESSE

L'art. 6-bis della Legge n. 241/1990, introdotto dalla legge n. 190/2012 (art. 1, comma 41), dispone che *"il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale"*.

La Fondazione ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse agli artt. 10 e 11 del Codice Etico e Comportamentale dei dipendenti, approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione 14 febbraio 2018 n. 167F che dispone:

### "Art. 10 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse"

*1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi e regolamenti, il dipendente, prima dell'assegnazione alla struttura, informa per iscritto il Responsabile della struttura stessa, mediante apposita modulistica a tal fine resa disponibile sulla INTraNet dalla struttura competente in materia di personale, di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:*

*a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;*

---

5 L'art. 54-bis, comma 6 del D.Lgs. n. 165/2001 prevede che: «qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione».



*b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti alla struttura di assegnazione, limitatamente ai compiti a lui affidati.*

*2. Le comunicazioni di cui al comma 1 da parte dei dipendenti sono effettuate direttamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione.*

*3. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.*

*3. bis Per conflitto d'interesse s'intende una condizione in cui il destinatario del presente Codice è portatore di interessi della sua sfera privata che potrebbero influenzare negativamente e compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità e l'indipendenza richieste nello svolgimento delle attività svolte per conto della Fondazione. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.*

#### Art. 11 Obbligo di astensione

*1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.*

*2. Sull'astensione decide il responsabile della struttura di appartenenza, valutate le circostanze del caso, sentito il dipendente e previa informativa scritta dello stesso, nella quale sono espressamente indicate le ragioni dell'astensione ed i soggetti, tra quelli di cui al comma 1, cui le stesse sono riferite. In caso di astensione, il responsabile di struttura provvede alla sostituzione del dipendente astenuto con altro dipendente, sulla base delle competenze richieste e della verifica dei carichi di lavoro interni alla struttura, ovvero, ove occorra, avoca a sé la trattazione della pratica.*

*3. Qualora l'obbligo di astensione riguardi il dirigente di struttura, il dirigente sovraordinato provvede alla sua sostituzione con le modalità di cui al comma 2.*

*4. Gli atti e i documenti relativi ai casi di astensione sono trasmessi al Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la registrazione nell'archivio generale della Fondazione all'uopo istituito”.*

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente.

È inoltre necessario che il Dirigente Responsabile della struttura presso cui viene svolta l'attività, in sede di autorizzazione di incarichi ai propri dipendenti, verifichi l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (commi 7 e 9 art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.) anche attraverso apposita dichiarazione dell'incaricato.

In attuazione dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001, modificato dalla L. n. 190/2012, si prevede che il Responsabile della struttura presso cui viene svolta l'attività di affidamento di incarichi di collaborazione o consulenza,



verifichi l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi attraverso apposita attestazione come risulta verificabile dal sito web aziendale (Sezione Amministrazione trasparente).

In tale ottica, in collaborazione con la Direzione Scientifica, sono state programmate alcune iniziative finalizzate alla sensibilizzazione dei ricercatori sul tema del conflitto di interessi, dell'integrità e della corretta condotta scientifica come meglio riportate nell'Allegato 1 (Area A – Ricerca) al presente Piano.

E' in fase di elaborazione da parte della Direzione Scientifica una specifica procedura atta alla rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale e/o reale per i ricercatori.

### **6.9 SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO-ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI**

La Fondazione ha adottato apposito regolamento sulla disciplina delle attività extraistituzionali del personale, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (Deliberazione 20 dicembre 2013 n. 133F).

A tal fine sono state attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi che mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento.

Al fine di effettuare verifiche sullo svolgimento di incarichi d'ufficio ed attività extra istituzionali, con determinazione del Direttore Generale 28 febbraio 2014 n. 52DG, è stato istituito il Nucleo Ispettivo Interno. Quest'ultimo effettua le verifiche, analizzando posizioni a campione, valutando in particolare i seguenti aspetti:

- verifica della completezza delle comunicazioni inoltrate al Dipartimento di Funzione Pubblica, con particolare attenzione ai dati trasmessi (data, importo, tipo di prestazione, ecc);
- controllo dell'impegno temporale dedicato all'incarico, calcolato dal sistema applicativo Aliseo, visionato e alimentato dalla s.c. Risorse Umane e Contrattazione Sindacale.

E' demandata al Nucleo Ispettivo Interno la verifica e la rendicontazione annuale alla Direzione Strategica e al RPCT dell'esito dei controlli eseguiti a campione.

Al fine di facilitare le attività di gestione e di controllo degli incarichi extraistituzionali, come sopra accennato, è stato attivato nel corso del 2018 un gruppo di lavoro tra i RPCT ed i Responsabili delle strutture interessate dei quattro IRCCS pubblici lombardi che ha portato alla definizione di criteri condivisi (vincolanti e di *alert*) per la gestione ed il controllo degli incarichi extraistituzionali (procedure di comunicazione e autorizzazione) finalizzata all'aggiornamento del vigente regolamento.

### **6.10 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

La Legge n. 190/2012 ha introdotto il nuovo art. 35 *bis* del D.Lgs. n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

In conformità all'art. 35 *bis* del D.Lgs. n. 165/2001 e all'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 deve essere verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione di commissioni (anche con compiti di segreteria) di concorso e per incarichi a tempo determinato;



- all'atto della formazione di commissioni di gare di lavori, servizi e forniture;
- all'atto della formazione di commissioni/equipe per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- all'atto dell'assegnazione, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio al casellario giudiziale e al casellario dei carichi pendenti o mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del D.P.R. 445/2000.

La previsione delle iniziative volte ad assicurare il rispetto delle disposizioni in ordine alla formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione rappresenta una misura di prevenzione.

#### **6.11 REVOLVING DOOR – PANTOUFLAGE**

La Legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente, successivo alla cessazione del rapporto di lavoro c.d. "incompatibilità successiva". Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

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

I soggetti interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura.

I dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001 sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, tali poteri attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'Ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente.

Il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli può configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede le seguenti sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento, con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001, la Fondazione ha disposto che:

- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia previsto che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui al comma 16-ter, dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (Patto di Integrità Regionale, approvato da Regione Lombardia con D.G.R. 30 gennaio 2014 n. 1299);
- sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001.

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001, la Fondazione consegnerà ai dipendenti dimissionari e ai collaboratori che a vario titolo hanno collaborato con la Fondazione (che hanno esercitato potestà o potere negoziale) apposita informativa, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione.

## **6.12 I PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI APPALTI E L'AVVISO PER LA TRASPARENZA PREVENTIVA**

Regione Lombardia, con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014, ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, in sostituzione del Codice etico degli appalti adottato con la D.G.R. n. 1644 del 4 maggio 2011.

Il Patto di integrità che rappresenta, una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici, si applica alle procedure di

affidamento, le cui determinazioni a contrarre, ex art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016, siano assunte dalle Amministrazioni aggiudicatrici a decorrere dall'entrata in vigore della deliberazione.

Con DGR del 17 giugno 2019 – n. XI/1751 “*Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all’all. A1 alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30*” Regione Lombardia ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali.

Si tratta dell’accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell’art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

Il documento disciplina i comportamenti tenuti dagli operatori economici e dai dipendenti della Regione Lombardia e dei soggetti del Sistema regionale di cui all’All. A1 della LR n. 27 dicembre 2006, n. 30, nell’ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Il citato documento prevede inoltre gli obblighi dell’operatore economico, le procedure e adempimenti della Stazione appaltante e le conseguenze relative alla violazione del Patto di Integrità.

Al fine di perseguire una efficace condotta nella lotta alla corruzione e all’illegalità e di uniformare i comportamenti dei soggetti coinvolti a principi morali ed etici la Fondazione chiede ai concorrenti, nell’ambito della partecipazione ad appalti per la fornitura di beni, affidamento di servizi e realizzazione lavori, il rispetto del Patto di Integrità Regionale attraverso la formale sottoscrizione di un apposito documento per presa visione e accettazione.

Gli uffici competenti provvedono inoltre alla pubblicazione dell’*Avviso volontario per la trasparenza preventiva*, ex art. 79-bis del D.Lgs. n. 163/2006 per l’affidamento, senza previa pubblicazione di un bando di gara, di contratti di rilevanza comunitaria e sotto soglia.

## 7 ULTERIORI MECCANISMI DI PREVENZIONE

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA sono state individuate ulteriori misure di prevenzione quali:

- *Misure specifiche individuate dai dirigenti delle strutture delle aree a maggior rischio corruzione di cui all’Allegato 1*

Nell’Allegato 1 del Piano si descrivono una serie di misure specifiche di trattamento del rischio, con individuazione di un responsabile per l’attuazione, di una tempistica per il suo raggiungimento e di un indicatore di monitoraggio sullo stato di avanzamento. Tali misure, definite dai dirigenti delle strutture interessate delle aree a maggior rischio di corruzione sulla base delle indicazioni ANAC (PNA e Linee guida), sono volte a ridurre eventuali manifestazioni di casi di corruzione e *malpractice* nonché a creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

- *Obiettivi assegnati al personale dirigenziale della Fondazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*

Al fine di favorire l’ulteriore sviluppo della cultura della legalità e della trasparenza verrà previsto tra gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale della Fondazione un obiettivo in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione che verrà ricompreso all’interno del Piano delle Performance.

- *Raccordo tra attività di prevenzione della corruzione e attività di Internal Auditing*

Le attività di prevenzione della corruzione e di *Internal Auditing* della Fondazione sono svolte in modo autonomo e coordinato. In particolare le due funzioni si raccordano nella fase di programmazione delle rispettive attività di



controllo effettuate annualmente e nella relativa consuntivazione. Le relazioni conclusive sull'attività effettuata nel corso dell'anno vengono infatti condivise tra il RPCT ed il responsabile dell'Internal Auditing e trasmesse al Consiglio di Amministrazione ed alla Direzione Strategica della Fondazione.

- *Raccordo tra RPCT ed Ufficio Procedimenti Disciplinari:*

L'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) previsto dall'art. 55-bis, comma 4 del D.Lgs. n. 165/2001:

- svolge le funzioni disciplinari;
- richiede all'ANAC pareri facoltativi ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione dei codici di comportamento.

L'analisi delle condotte che hanno determinato un procedimento disciplinare attivato dalla Fondazione e la conseguente verifica della sua rilevanza "corruttiva" è un dato indispensabile (c.d. termometro) per rafforzare le misure presenti nel PTPCT e per rendere coerenti dette misure alle esigenze specifiche della Fondazione.

- *Azioni di comunicazione correlate al PTPCT*

- Il rispetto del PTPCT per i nuovi assunti, viene inserito quale obbligo nel contratto individuale di lavoro con specifico riferimento alle conseguenti responsabilità in caso di violazione delle misure di prevenzione;
- il sito aziendale della Fondazione viene implementato con le informazioni richieste dalla normativa in tema di trasparenza, affinché siano fruibili dalla popolazione. Il cittadino ha la possibilità di segnalare al RPCT, anche per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, le inadempienze rispetto alla pubblicazione dei dati previsti dalla normativa nonché eventuali episodi di cattiva amministrazione, situazioni di conflitto di interessi e/o corruzione;
- il PTPCT viene pubblicato, prima della sua adozione, sul sito istituzionale della Fondazione (Sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione – Prevenzione della Corruzione), per raccogliere eventuali suggerimenti da parte dei cittadini/utenti. Il cittadino può comunque fornire in qualsiasi momento dell'anno contributi per il miglioramento del PTPCT attraverso una casella di posta elettronica ed un apposito modulo accessibili nella stessa sezione del sito.

## 8. RESPONSABILITA'

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2014-2016, la Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013 n. 1 e il nuovo PNA 2019, hanno evidenziato che i Piani Nazionali Anticorruzione e i Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione vanno elaborati avendo riguardo ad una nozione estesa di corruzione, ricomprendendo in tale ambito non solo i reati di corruzione, ma tutti i reati contro la pubblica amministrazione e, in via ancor più estensiva, tutte le fattispecie nelle quali l'Amministrazione devia l'esercizio della sua funzione tipica di perseguire l'interesse pubblico per agevolare – in qualunque maniera e con qualunque mezzo – interessi privati.

Tale *ratio* viene condivisa e perseguita dalla Fondazione con il presente PTPCT.

Pertanto nel presente Piano, tra i reati oggetto di prevenzione, vengono individuate le fattispecie che in astratto possono riguardare un IRCCS di diritto pubblico quale la Fondazione, con riferimento sia ai reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001, sia ai reati contro la pubblica amministrazione, sia ad ulteriori reati previsti da leggi speciali.

Alla luce di quanto sopra evidenziato si indicano, seppur a titolo non esaustivo, i seguenti reati oggetto di prevenzione, di maggior rilevanza per la Fondazione:

- a) reati previsti dal D.Lgs. 231/2001, articoli da 24 a 25 *duodecies*;



- b) reati contro l'amministrazione, previsti: nel Libro II, Titolo II del codice penale, con particolare riguardo a quelli del Capo I e del capo II; nel Libro II, Titolo VII del codice penale, con particolare riguardo a quelli del Capo III;
- c) reati ulteriori:
  - abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);
  - rivelazione di segreto professionale (art. 622 c.p.);
  - reati connessi al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. n. 196 /2003).

Le misure di prevenzione e di contrasto alla corruzione adottate con il presente PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non (Codice Etico e comportamentale), nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza, in rapporto convenzionale o borsista.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte altre figure professionali operanti in Fondazione può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012 e s.m.). Il RPCT ha la facoltà di segnalare gli inadempimenti all'ANAC ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (D.Lgs. n. 33/2013, art. 43).

## 8.1 SANZIONI

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano, ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione concretamente applicabile, si rimanda a quanto espressamente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni ivi contenute, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento, dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa e/o contabile del pubblico dipendente.

Tali violazioni rappresentano comunque fonte di responsabilità disciplinare, accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni e sarà valutata in ogni singolo caso, con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, effettivamente derivatone al decoro e/o al prestigio della Fondazione.

In ogni caso, le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, applicate secondo i criteri di gradualità e proporzionalità.

### A. *Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione*

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al RPCT sono previste significative responsabilità in caso di inadempimento nei seguenti casi:

- responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del PTPCT e mancata adozione delle misure c.d. generali o di sistema;
- responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa nel caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertata con sentenza passata in giudicato, fatto salvo che il medesimo provi determinate circostanze (aver predisposto il piano prima della commissione del fatto e aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano stesso);
- responsabilità dirigenziale e disciplinare per omesso controllo in caso di ripetute violazioni del PTPCT;



- responsabilità dirigenziale, responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato nei casi di inadempimento degli obblighi di pubblicazione e mancata predisposizione della Sezione 'Trasparenza' all'interno del PTPCT.

Il RPCT risponde sul piano disciplinare, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, e successive modificazioni, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

*B. Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione*

In caso di inosservanza delle misure di prevenzione è prevista, fatte salve diverse e ulteriori forme di responsabilità, una responsabilità disciplinare dei dipendenti per la quale si rinvia al Codice di Comportamento.

La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

La mancata o parziale attuazione da parte dei dirigenti delle misure di prevenzione è valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

*C. Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte*

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, totale o parziale, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è, comunque, valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

In data 16 novembre 2016 è stato emanato il Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97. Tale regolamento disciplina il procedimento sanzionatorio per l'irrogazione, da parte dell'ANAC, delle sanzioni di cui all'art. 47 del D.Lgs. n. 33/2013 e dell'art. 19 del D.Lgs. n. 175/2016.



## Sezione 2

### 9. TRASPARENZA

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta 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. 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 Decreto ha apportato significative modifiche alla disciplina sulla trasparenza, tra le quali si evidenziano quelle maggiormente significative per la Fondazione:

- l'unificazione in capo ad un solo soggetto dell'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nella figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- l'eliminazione del Programma Triennale della Trasparenza e l'Integrità che va ricompreso in apposita sezione del Piano triennale della prevenzione della corruzione, ora anche della Trasparenza;
- l'individuazione di ulteriori dati e documenti da pubblicare, con identificazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione degli stessi;
- l'ampliamento del diritto di accesso da parte di chiunque a dati e documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, senza necessità di motivare la richiesta.

## 9.1 RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Con la modifica della L. n. 190/2012 (art. 1, comma 7), ad opera del D.Lgs. n. 97/2016, il legislatore ha unificato in un solo soggetto le responsabilità in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione. La Fondazione, considerata l'importanza della trasparenza quale misura fondamentale per la prevenzione della corruzione già dal 2013 aveva fatto coincidere in un unico soggetto le figure del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità.

I riferimenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sono pubblicati sul sito web della Fondazione alla sezione "Amministrazione Trasparente".

## 9.2 TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679)

A seguito dell'entrata in vigore, in data 25 maggio 2018, del Regolamento dell'Unione Europea n. 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati), (di seguito GDPR) e, in data 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati chiesti chiarimenti all'ANAC sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato restando fermo il principio che lo stesso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o di regolamento. Pertanto, occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, con eventuali allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, avviene nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento UE 2016/679. In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d)..

Titolare del trattamento è la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, nella persona del Direttore Generale. I riferimenti del titolare del trattamento e del Responsabile della Protezione dei Dati (*Data Protection Officer*) sono pubblicati sul sito web della Fondazione.

## 9.3 AZIONI PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

Il presente PTPCT contiene, in questo paragrafo e nella tabella *Allegato n. 2* che ne costituisce parte integrante e sostanziale, la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare per dare attuazione, da un lato agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013, nel testo integrato dal D.Lgs. n. 97/2016, 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 del PTPCT inerente la promozione di maggiori livelli di trasparenza (cfr. paragrafo 9.4).

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.

#### 9.4 PROCEDURA PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI

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 2* al presente piano è riportato, in formato tabellare:

- l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
- l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
- 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 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. 2 al presente PTPCT, predispongono ed inoltrano al RPCT rendicontazioni trimestrali sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi, utilizzando il modello sotto riportato:

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori Tabella adempimenti trasparenza 2019-2021, 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	Interventi da realizzare/tempi di attuazione	MONITORAGGIO al -----	data/firma del dirigente
								<input type="checkbox"/> aggiornamento completo (come da prescrizione normativa) <input type="checkbox"/> aggiornamento non completo, si procederà ad aggiornamento e completamento entro il -----	data ..... firma .....

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. 2" con cadenza di regola mensile.

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](http://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 è 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.

## 9.5 INIZIATIVE

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Piano triennale sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che la Fondazione pubblica e la partecipazione dei cittadini alle iniziative per la trasparenza e l'integrità.

La Fondazione si propone di realizzare attività volte ad ottenere maggiore consapevolezza e diffusione della cultura

della trasparenza e un più compiuto coinvolgimento del pubblico e del personale interno della Fondazione attraverso:

- incontri per la formazione del personale, in materia di trasparenza e integrità, iniziative orientate a garantire la legalità e lo sviluppo della integrità;
- utilizzo, in via quasi esclusiva, della posta elettronica quale strumento di comunicazione interna ed esterna;
- organizzazione e partecipazione alle giornate della Trasparenza, finalizzate a favorire il coinvolgimento e l'informazione dei cittadini e dei portatori di interesse;
- coerentemente con le risorse organizzative e finanziarie disponibili eventuale realizzazione di altri eventi in materia di trasparenza.

## 9.6 RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

- Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, spetta agli Organismi Indipendenti di Valutazione il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte delle amministrazioni e degli enti.
- Le attestazioni di tali organismi, o di altre struttura con funzioni analoghe, costituiscono uno dei principali strumenti di cui si avvale l'ANAC per verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente. Tale verifica viene svolta dall'Autorità nell'esercizio dei poteri di vigilanza e controllo in materia di trasparenza, ai sensi della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e successive modificazioni.
- L'organismo di valutazione della Fondazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), in ottemperanza a quanto sopra, ha rilasciato le proprie attestazioni, relativamente agli obblighi di pubblicazione per gli anni dal 2013 al 2019; come da previsione normativa, le stesse attestazioni sono state pubblicate sul sito web, sezione "Amministrazione trasparente" della Fondazione stessa.

## 10. ACCESSO CIVICO

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 D.Lgs. 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.

Con il D.Lgs. n. 97/2016 si amplia la possibilità di accesso a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione allo scopo di favorire "forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Viene così introdotta nell'ordinamento la possibilità per i cittadini di chiedere anche i dati, documenti e informazioni che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare, seppure nel rispetto di alcuni limiti tassativi

finalizzati ad evitare un pregiudizio concreto alla tutela dei seguenti interessi pubblici: la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico; la sicurezza nazionale; la difesa e le questioni militari; le relazioni internazionali; la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato; la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento; il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso non è altresì consentito, per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia; la libertà e la segretezza della corrispondenza; gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale; il diritto d'autore e i segreti commerciali. Il diritto è inoltre escluso nei casi di segreto di Stato e negli altri casi previsti dall'art. 24, comma 1, della L. n. 241/1990.

Ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico, l'ANAC, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281, con Determinazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 ha emanato le *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 e art. 5-bis, comma 6, del D.Lgs. n. 33/2013”*.

Al fine di delimitare l'accesso civico a dati e informazioni da parte del cittadino, il Regolamento europeo sulla Protezione dei dati, Reg. (UE) 2016/679, entrato in vigore il 25 maggio 2018, costituisce un importante termine di riferimento nel bilanciamento tra il principio della trasparenza e quello del diritto alla privacy ed all'oblio.

Rispetto alla procedura di accesso ai documenti amministrativi di cui agli art. 22 e seguenti della L. n. 241/1990, l'accesso civico è consentito a titolo gratuito (salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto per la riproduzione) senza alcuna limitazione soggettiva (non occorre dimostrare di essere titolare di un interesse diretto, concreto e attuale ad una situazione giuridica qualificata) e senza necessità di motivazione.

Le disposizioni prevedono che la richiesta di accesso civico possa essere presentata ad uno dei seguenti soggetti:

1. ufficio che “detiene” i dati o le informazioni;
2. Ufficio Relazioni con il Pubblico;
3. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza” (solamente per le informazioni la cui pubblicazione è obbligatoria).

L'Amministrazione ha l'obbligo di individuare eventuali controinteressati e di dare comunicazione della richiesta agli stessi. I controinteressati possono presentare (entro 10 giorni dalla ricezione) una motivata opposizione. Il procedimento di accesso civico si conclude con un provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza. In caso di accoglimento, l'Amministrazione provvede a trasmettere i dati al richiedente, o a pubblicarli sul sito se i dati sono soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web sono indicati, come previsto dalle disposizioni vigenti e dal presente piano (allegato 2):

- i riferimenti del Responsabile della trasparenza cui va presentata la richiesta di *accesso civico semplice*, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e della casella di posta elettronica istituzionale (Art. 5, c.1 del D.Lgs. n. 33/2013 - Art. 2, c. 9-bis della L. n.241/1990 - Delibera ANAC n. 1310/2016).
- i Responsabili degli uffici competenti ai quali può essere presentata la richiesta di *accesso civico generalizzato* nonché le modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica

istituzionale (Art. 5, c.2 del D.Lgs. n. 33/2013, Delibera ANAC n. 1310/2016).

- il Registro degli accessi riportante l'elenco delle richieste di accesso (documentale, semplice e semplice generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione (Delibera ANAC n. 1309/2016 - Delibera ANAC n. 1310/2016).

La Fondazione con Deliberazione 31 ottobre 2017 n. 146F, in attuazione delle sopracitate Linee guida ANAC in materia (determinazione 28 dicembre 2016 n. 1309) ha approvato il “*Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico generalizzato*”. Il Regolamento, che si intende qui integralmente richiamato, è stato pubblicato sul sito web istituzionale<sup>6</sup>.

## 11. ASCOLTO DEI PORTATORI DI INTERESSE

A corollario del principio dell'usabilità delle informazioni, e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale del PTPCT, è di particolare rilievo che le Amministrazioni raccolgano feedback dai cittadini e dai portatori di interesse, sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in relazione a ritardi e/o inadempienze riscontrate.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini e dei portatori di interesse consente di effettuare scelte più consapevoli e mirate nell'aggiornamento del presente PTPCT.

Per i cittadini che desiderano esprimere valutazioni sono messi a disposizione indirizzi, numeri telefonici, fax delle strutture, indirizzi di posta elettronica e di posta certificata.

Sono predisposti specifici questionari per i degenti, distribuiti all'interno della Fondazione; i dati provenienti dalla elaborazione degli stessi sono resi all'utenza con un report pubblicato sullo schermo posto nell'atrio della Fondazione, mediante affissione di manifesti nelle principali sale d'attesa e tramite riunioni annuali con le associazioni direttamente coinvolte, nonché pubblicati sul sito web aziendale nella sezione 'Amministrazione trasparente - Altri contenuti'.

È l'**URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)** che svolge un'attività fondamentale in tema di coinvolgimento dei portatori di interesse.

Presso l'URP si intensifica la funzione di ascolto, sia in chiave valutativa della qualità dei servizi offerti (indagini di *customer*, reclami, segnalazioni, encomi), che in chiave propositiva in merito agli ambiti su cui attivare azioni migliorative.

In particolare l'URP svolge le seguenti funzioni:

- fornire informazioni di carattere generale sui servizi della Fondazione;
- accogliere segnalazioni e proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi;
- ascoltare e orientare il cittadino aiutandolo a risolvere al meglio le sue richieste;
- raccogliere suggerimenti e reclami;
- in attuazione del principio di trasparenza e attivazione delle azioni di miglioramento, curare la rilevazione e l'elaborazione periodica della qualità percepita dagli utenti (*customer satisfaction*).

Le segnalazioni possono giungere verbalmente dagli utenti o dai dipendenti, direttamente allo sportello dell'URP, ovvero attraverso scritti consegnati a mano, per posta elettronica, via fax o telefono. Dal sito internet istituzionale è

<sup>6</sup> [http://www.istitutotumori.mi.it/upload\\_files/RegolamentoAccesso.PDF](http://www.istitutotumori.mi.it/upload_files/RegolamentoAccesso.PDF)



possibile scrivere e inviare segnalazioni direttamente alla casella di posta dell'URP.

I dati provenienti dai questionari di soddisfazione vengono analizzati in forma aggregata per le Direzioni della Fondazione e nei report che vengono annualmente consegnati ai Direttori, ai Coordinatori e agli Incaricati per la qualità di ogni singola struttura. I “suggerimenti” ricavati dai questionari vengono inseriti nei report di ogni struttura.

Anche i reclami e gli elogi vengono trasmessi agli operatori interessati e ai rispettivi Direttori di Struttura; ad ogni reclamo segue un'istruttoria con risposta da parte dell'operatore coinvolto e del Direttore di struttura, cui segue risposta da parte dell'URP al cittadino, nel più breve tempo possibile e comunque entro i 30 gg. Reclami ed elogi sono strettamente monitorati anche dalla Direzione Generale che riceve un report mensile da parte dell'URP.

Tutti i dati relativi allo staff dell'URP, sono comunque pubblicati sul sito internet della Fondazione.

*Si allegano:*

- 1. Registro dei rischi 2023;  
Allegato 1 – Tabella analisi dei rischi corruzione;*
- 2. Allegato 2 - Tabella riepilogativa attività per la trasparenza.*

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2023 - 2025  
IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

REGISTRO DEI RISCHI

FATTORI ABILITANTI

A= discrezionalità  
B= presenza di interessi economici  
C= segnalazioni pervenute  
D= livello di partecipazione del Responsabile di Struttura alla predisposizione del PTPCT  
E= partecipazione alla cultura della legalità  
F= controlli programmati

valore da 1 a 5  
valore da 1 a 5  
valore da 1 a 5  
valore da 5 a 1  
valore da 5 a 1  
valore da 5 a 1

valutazione rischio  
qualitativo  
6 - 10 marginale  
11 - 16 accettabile  
17 - 23 rilevante  
24 - 30 critico

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori	Valutazione del rischio qualitativo
Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi Programmazione	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità</li> <li>- Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza</li> <li>- Volontà di premiare interessi particolari</li> </ul>	MEDIO	A 1 B 1 C 1 D 4 E 3 F 5	15 ACCETTABILE

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi Progettazione della gara</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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);</li> <li>- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p align="center">MEDIO/BASSO</p>	<p>A 3 B 1 C 1 D 3 E 3 F 3</p>	<p align="center"><b>16 ACCETTABILE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi Procedure sotto soglia:  - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>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;</p> <p>l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;</p> <p>la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</p>	<p align="center">MEDIO</p>	<p>A 2 B 2 C 1 D 5 E 3 F 5</p>	<p align="center"><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi  Procedure sotto soglia: - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>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 alla soglia prevista dal codice degli appalti (<b>illecito frazionamento</b>)</p>	<p align="center">MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 2 C 1 D 5 E 3 F 5</p>	<p align="center"><b>20 RILEVANTE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi</p> <p>Procedure di affidamento di appalti di importo superiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo superiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>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 alla soglia prevista dal codice degli appalti (<b>illecito frazionamento</b>)</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 2 C 1 D 5 E 3 F 5</p>	<p><b>20 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi</p> <p>Procedure sopra soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>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;</p> <p>la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</p> <p>l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 5 E 3 F 5</p>	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Acquisizione beni e servizi</p> <p>Rapporto dei fornitori/operatori economici con il personale sanitario del comparto</p>	<p>s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS</p>	<p>Distorsione nelle modalità di acquisizione e utilizzo di dispositivi medici</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 3 B 2 C 1 D 4 E 3 F 3</p>	<p><b>16 ACCETTABILE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Affidamento di lavori, servizi e forniture</p> <p>Programmazione</p>	<p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC</p>	<p>- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità</p> <p>- Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza</p> <p>- Volontà di premiare interessi particolari</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 2 B 5 C 1 D 1 E 2 F 2</p>	<p><b>13 ACCETTABILE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Affidamento di lavori, servizi e forniture</p> <p>Progettazione della gara</p>	<p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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);</li> <li>- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p align="center">MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>3</td></tr> <tr><td>B</td><td>5</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td></tr> <tr><td>E</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> </table>	A	3	B	5	C	1	D	1	E	2	F	2	<p align="center"><b>14 ACCETTABILE</b></p>
A	3																	
B	5																	
C	1																	
D	1																	
E	2																	
F	2																	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Affidamento di lavori, servizi e forniture</p> <p>Procedure sotto soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</p>	<p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;</li> <li>- la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</li> </ul>	<p align="center">MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>5</td></tr> <tr><td>B</td><td>5</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td></tr> <tr><td>E</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> </table>	A	5	B	5	C	1	D	1	E	2	F	2	<p align="center"><b>16 ACCETTABILE</b></p>
A	5																	
B	5																	
C	1																	
D	1																	
E	2																	
F	2																	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Affidamento di lavori, servizi e forniture</p> <p>Procedure sotto soglia: - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)</p>	<p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;</li> <li>- la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</li> </ul>	<p align="center">MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>5</td></tr> <tr><td>B</td><td>5</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>1</td></tr> <tr><td>E</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> </table>	A	5	B	5	C	1	D	1	E	2	F	2	<p align="center"><b>16 ACCETTABILE</b></p>
A	5																	
B	5																	
C	1																	
D	1																	
E	2																	
F	2																	

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto contratti di servizi e forniture e lavori</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>- 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</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 5 E 3 F 5</p>	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto (beni, servizi e lavori)</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ</p>	<p>Danno erariale inerente la mancata corrispondenza tra prestazione richiesta, eseguita e liquidata.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 3 B 2 C 1 D 4 E 3 F 5</p>	<p><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto contratti di servizi e forniture</p>	<p>s.c. Gestione Acquisti - ACQ s.c. Direzione Medico di Presidio</p>	<p>- 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)</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 3 B 1 C 1 D 4 E 3 F 5</p>	<p><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>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</p>	<p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC</p>	<p>- 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.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 5 B 5 C 1 D 1 E 2 F 2</p>	<p><b>16 ACCETTABILE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Esecuzione e rendicontazione dei contratti di gestione/manutenzione apparecchiature</p>	<p>s.c. Ingegneria Clinica</p>	<p>Rischio relativo a: A) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto non adeguatamente preventivate B) inadempimento contrattuale</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 4 E 2 F 1</p>	<p><b>13 ACCETTABILE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni di competenza della s.c. Ingegneria clinica</p>	<p>s.c. Ingegneria Clinica</p>	<p>Rischio relativo a: Presenza di apparecchiature non autorizzate (comodati d'uso/donazioni/visioni)</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 2 B 3 C 2 D 4 E 2 F 3</p>	<p><b>16 ACCETTABILE</b></p>
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Gestione delle procedure relative all'ingresso di dispositivi medici attraverso prove d'uso/ visioni di competenza della s.c. Farmacia Ospedaliera</p>	<p>s.c. Farmacia Ospedaliera</p>	<p>Rischio relativo a: Presenza di dispositivi medici non autorizzati (prove d'uso/visioni) di competenza della s.c. Farmacia</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A B C D E F</p>	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni</p>	<p>s.c. Ingegneria Clinica</p>	<p>Rischio: potenziale conflitto di interessi, non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 4 E 2 F 3</p>	<p><b>15 ACCETTABILE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Esecuzione e rendicontazione dei contratti SI</p>	<p>s.c. Sistemi Informativi - SI</p>	<p>Rischio relativo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recesso/rescissione contratto</li> <li>- Inadempimento, mancanza di applicazione penali;</li> <li>- Comportamento collusivo del RUP/DEC</li> </ul>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>2</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>5</td></tr> <tr><td>E</td><td>5</td></tr> <tr><td>F</td><td>5</td></tr> </table>	A	1	B	2	C	1	D	5	E	5	F	5	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
A	1																	
B	2																	
C	1																	
D	5																	
E	5																	
F	5																	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Esecuzione e rendicontazione dei contratti SPP</p>	<p>Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP</p>	<p>Rischio relativo a:</p> <p>Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>2</td></tr> <tr><td>E</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> </table>	A	1	B	1	C	1	D	2	E	2	F	2	<p><b>9 MARGINALE</b></p>
A	1																	
B	1																	
C	1																	
D	2																	
E	2																	
F	2																	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Esecuzione e rendicontazione dei contratti SI</p>	<p>s.c. Sistemi Informativi - SI</p>	<p>Rischio relativo a:</p> <p>Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>2</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>5</td></tr> <tr><td>E</td><td>5</td></tr> <tr><td>F</td><td>5</td></tr> </table>	A	1	B	2	C	1	D	5	E	5	F	5	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
A	1																	
B	2																	
C	1																	
D	5																	
E	5																	
F	5																	
<p>Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture</p>	<p>Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto</p> <p>Formazine ai RUP e DEC</p>	<p><u>Gruppo di lavoro:</u> s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica</p>	<p>Rischio:</p> <p>potenziale conflitto di interessi, non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>2</td></tr> <tr><td>E</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> </table>	A	1	B	1	C	1	D	2	E	2	F	2	<p><b>9 MARGINALE</b></p>
A	1																	
B	1																	
C	1																	
D	2																	
E	2																	
F	2																	
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera</p> <p>Acquisizione del personale attraverso procedura concorsuale</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Potenziale rischio legato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 reclutare candidati particolari.</li> <li>b) Irregolare composizione della commissione di concorso.</li> </ul>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<table border="0"> <tr><td>A</td><td>3</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>5</td></tr> <tr><td>E</td><td>4</td></tr> <tr><td>F</td><td>5</td></tr> </table>	A	3	B	1	C	1	D	5	E	4	F	5	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
A	3																	
B	1																	
C	1																	
D	5																	
E	4																	
F	5																	

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera</p> <p>Progressioni economiche o di carriera</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 3 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Incarichi dirigenziali</p> <p>Sostituzione della dirigenza medica sanitaria</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Codice Etico e Comportamentale</p> <p>Adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Azioni e comportamenti illegittimi, illeciti e/o contrari alla buona amministrazione.</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Incarichi dirigenziali e/o incarichi di funzione</p> <p>Selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>a) Scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi professionali allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti</p> <p>b) scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi di funzione, allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 4 E 3 F 5</p>	<p><b>15 ACCETTABILE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p>Contratti Atipici</p> <p>Borse di Studio</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>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.</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 4 E 4 F 5</p>	<p><b>17 RILEVANTE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p><b>Contratti Atipici</b>  Conferimento incarichi di collaborazione professionale o occasionale</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>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.</p>	<p align="center"><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 4 E 4 F 5</p>	<p align="center"><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p><b>Incarichi Extraistituzionali</b>  Autorizzazioni a dipendenti INT allo svolgimento di attività esterne ex art.53 D.Lgs.165/2001 (es. Advisory board, consulenze scientifiche)</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>a) Illegittima autorizzazione allo svolgimento di incarichi in elusione al principio di esclusività</p>	<p align="center"><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 4 E 4 F 5</p>	<p align="center"><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p><b>Incarichi Extraistituzionali</b>  Conferimento incarichi a dipendenti di altre pubbliche amministrazioni ex art. 53 D.Lgs. 165/2001</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Conferimento incarichi in carenza di requisiti</p>	<p align="center"><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 4 E 4 F 5</p>	<p align="center"><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p>Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale</p>	<p><b>Gestione presenze</b>  Anomalia nella registrazione delle presenze</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU</p>	<p>Danno all'immagine provocato all'Ente.</p>	<p align="center"><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p align="center"><b>18 RILEVANTE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione stipendi Ripartizione proventi libera professione	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Ripartizione ingiustificata dei proventi maturati nell'attività di Libera Professione Intramoenia e di supporto alla stessa	MEDIO/BASSO	A 3 B 3 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>22 RILEVANTE</b>
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Pagamenti gestione dei pagamenti, della contabilità e dei relativi flussi informativi	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di favorire il pagamento delle forniture/servizi di particolari soggetti	MEDIO/BASSO	A 2 B 2 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>20 RILEVANTE</b>
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Immobilizzazioni materiali e immateriali Gestione del patrimonio	s.c. Sistemi Informativi - SI	Mancate o errate imputazioni in bilancio, con conseguente danno erariale per l'ente.	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>18 RILEVANTE</b>
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile Gestione del patrimonio (beni mobili)	s.c. Affari Generali e Legali - AGL	Cattiva o omessa gestione di <b>beni mobili</b> (preziosi, quote azionarie, ecc.) acquisiti dalla Fondazione iure ereditatis.	MEDIO/BASSO	A 2 B 2 C 1 D 5 E 1 F 5	<b>16 ACCETTABILE</b>
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile Gestione del patrimonio (beni immobili)	s.c. Affari Generali e Legali - AGL	Cattiva o omessa gestione di <b>beni immobili</b> . 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	A 1 B 1 C 1 D 5 E 1 F 5	<b>14 ACCETTABILE</b>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</p>	<p>Garanzie fideiussorie Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie Enti Sireg</p>	<p>s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF</p>	<p>Rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili che possono comportare difficoltà al momento dell'escussione</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 4 E 3 F 5</p>	<p><b>15 ACCETTABILE</b></p>
<p>Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</p>	<p>Gestione del magazzino Gestione del patrimonio e delle giacenze</p>	<p><u>Gruppo di lavoro:</u> s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica</p>	<p>Danno Erariale</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 4 E 3 F 5</p>	<p><b>15 ACCETTABILE</b></p>
<p>Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</p>	<p>Oblazioni in denaro Gestione del patrimonio</p>	<p>s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF</p>	<p>Danno Erariale</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p>Patrimonio disponibile Valutazione circa conferimento di incarico a Notaio</p>	<p>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</p>	<p>Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta del professionista secondo il criterio di rotazione e competenza.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 2 C 1 D 5 E 1 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p>Gestione del Contenzioso Valutazione circa conferimento di incarico al medico - legale in caso di CTP e ATP</p>	<p>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</p>	<p>Ritardo nell'individuazione e conseguente conferimento di incarico al consulente medico-legale con possibile pregiudizio della Fondazione.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 1 B 2 C 1 D 4 E 1 F 5</p>	<p><b>14 ACCETTABILE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p>Gestione del Contenzioso Valutazione circa conferimento di incarico a legale esterno</p>	<p>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</p>	<p>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</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 5 C 2 D 2 E 1 F 5</p>	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Gestione del Contenzioso</b>  Emissione dei pareri legali a supporto della legittimità, correttezza formale delle attività della Fondazione</p>	<p><b>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</b></p>	<p>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'estensore del parere e uso distorto della pareristica.</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 3 B 5 C 1 D 5 E 1 F 3</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Convenzioni passive</b>  Convenzioni passive sanitarie</p>	<p><b>s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP</b></p>	<p>Abuso nel procedimento di individuazione del soggetto con il quale stipulare convenzione passiva</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Convenzioni passive</b>  Convenzioni passive sanitarie</p>	<p><b>s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione</b>  <b>s.c. Direzione Medico di Presidio</b></p>	<p>Rischio di mancato controllo della spesa tra ordinato e stanziato nelle convenzioni sanitarie passive o di scorretta programmazione</p>	<p><b>MEDIO</b></p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Controllo di gestione</b>  Valutazione delle performance delle strutture e relativa erogazione</p>	<p><b>s.s. Controllo di Gestione</b></p>	<p>Rettifica ingiustificata dei dati necessari alla valutazione degli obiettivi al fine di favorire una particolare struttura.  Sperequazione economica delle retribuzioni a parità di funzioni</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 5 E 2 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Gestione sinistri</b>  Liquidazione risarcimenti sotto soglia SIR (gestione diretta dei sinistri)</p>	<p><b>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</b></p>	<p>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</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 2 E 1 F 5</p>	<p><b>11 MARGINALE</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Relazioni con il pubblico</b>  Gestione delle segnalazioni dell'utente</p>	<p><b>Ufficio Relazioni con il Pubblico</b></p>	<p>Rischio di mancata o inadeguata gestione delle segnalazioni (potenziali atti illeciti o di malagestio)</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 4 B 3 C 2 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>23 RILEVANTE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Relazioni con il pubblico</b></p> <p>Informazioni all'utente che richiede esami non disponibili presso la Fondazione nelle tempistiche richieste.</p>	<p><b>Ufficio Relazioni con il Pubblico</b></p>	<p>Discrezionalità , inefficienza e falsa informazione, con potenziale beneficio di soggetti terzi, nel fornire indicazioni agli utenti che richiedono supporto nella scelta della struttura in cui effettuare esami non disponibili presso la Fondazione (veicolazione del paziente).</p>	<p><b>MEDIO</b></p>	<p>A 5 B 4 C 3 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>26 CRITICO</b></p>
<p>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p><b>Rapporti con operatori economici, fornitori e soggetti terzi</b></p> <p>Modalità di regolamentazione dell'attività di informazione tecnico-scientifica</p>	<p><b>s.c. Farmacia Ospedaliera</b></p>	<p>Rischio relativo a conflitti di interessi tra operatori della Fondazione e fornitori/informatori scientifici</p>	<p><b>MEDIO</b></p>	<p>A 5 B 4 C 3 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>26 CRITICO</b></p>
<p><b>Ricerca</b></p>	<p><b>Ricerca e Sperimentazioni scientifiche</b></p> <p>Valutazione della qualità scientifica dei nuovi studi clinici (profit e non profit) prima di essere sottoposti al Comitato Etico</p>	<p><b>Direzione Scientifica</b></p>	<p>Rischio relativo a: incompleta istruttoria degli studi clinici prima di essere sottoposti al Comitato etico.</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5</p>	<p><b>19 RILEVANTE</b></p>
<p><b>Ricerca</b></p>	<p><b>Ricerca e Sperimentazioni scientifiche</b></p> <p>Affidamento incarichi a Studi Brevettuali per la tutela della Proprietà intellettuale</p>	<p><b>s.c. Affari Generali e Legali - AGL</b></p>	<p>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</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 5 E 2 F 4</p>	<p><b>17 RILEVANTE</b></p>
<p><b>Ricerca</b></p>	<p><b>Ricerca e Sperimentazioni scientifiche</b></p> <p>Sperimentazioni cliniche</p>	<p><b>s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)</b></p>	<p>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</p>	<p><b>MEDIO/BASSO</b></p>	<p>A 2 B 3 C 1 D 4 E 2 F 3</p>	<p><b>15 ACCETTABILE</b></p>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche Gestione delle segnalazioni di sospetta condotta scientifica scorretta	Direzione Scientifica	Rischio relativo alla mancata o inappropriata gestione di segnalazione di scorretta conduzione della ricerca pre-clinica e clinica	MEDIO/BASSO	A 3 B 3 C 3 D 5 E 5 F 5	24 CRITICO
Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche Integrità della condotta scientifica (Formazione)	Direzione Scientifica	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	MEDIO/BASSO	A 3 B 3 C 2 D 5 E 5 F 5	19 RILEVANTE
Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche Integrità della condotta scientifica (conflitto di interesse)	Direzione Scientifica	Mancata autodichiarazione di interessi	MEDIO	A 4 B 4 C 1 D 5 E 5 F 5	24 CRITICO
Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche Integrità della condotta scientifica (Research Data Management)	Direzione Scientifica	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	MEDIO/BASSO	A 3 B 2 C 1 D 5 E 5 F 4	20 RILEVANTE
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Gestione delle prenotazioni in regime di LP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Errata gestione del processo di prenotazione in regime Libera Professione (potenziali atti illeciti o di malagestio).	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5	18 RILEVANTE
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Governo delle liste di attesa - Drop-out	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta  Rischio: allungamento dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 2 F 5	15 ACCETTABILE

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Gestione liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Abuso nel processo di prenotazione in regime S.S.N. al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima alla lista di attesa)	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>18 RILEVANTE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Gestione liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri	s.c. Direzione Medica di Presidio	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima alla lista di attesa)	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 4 E 1 F 5	<b>13 ACCETTABILE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Gestione delle agende per la libera professione	s.c. Direzione Medica di Presidio	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 1 F 4	<b>13 ACCETTABILE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Cartelle cliniche e documentazione sanitaria	s.c. Direzione Medica di Presidio	Illegittima divulgazione del contenuto delle cartelle cliniche e della documentazione medica con conseguenze di ordine penale e amministrativo	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 1 F 4	<b>13 ACCETTABILE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria Gestione delle agende per la libera professione	s.c. Direzione Medica di Presidio	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 2 F 3	<b>13 ACCETTABILE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi Mancato incasso	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Danno Erariale	MEDIO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5	<b>17 ACCETTABILE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi Emissione fatture in libera professione (ricoveri)	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Errata fatturazione volta a favorire particolari soggetti tramite sconti non dovuti	MEDIO/BASSO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5	<b>17 ACCETTABILE</b>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria  Controlli amministrativi di conformità al Regolamento Aziendale per l'Attività Libero Professionale Intramuraria	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Mancato rispetto delle regole di natura amministrativa di cui al regolamento aziendale in materia Libera Professione	MEDIO/BASSO	A 3 B 2 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>21 RILEVANTE</b>
Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria  Volumi di attività istituzionaleE	s.c. Direzione Medica di Presidio	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	MEDIO	A 2 B 2 C 1 D 5 E 5 F 5	<b>20 RILEVANTE</b>
Attività libero professionali 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	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	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	A 5 B 3 C 3 D 5 E 3 F 5	<b>24 CRITICO</b>
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia  Gestione dei farmaci in Farmacia	s.c. Farmacia Ospedaliera	Mancato rispetto delle procedure aziendali relative ai processi di identificazione acquisto e controllo dell'appropriatezza prescrittiva	MEDIO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5	<b>17 ACCETTABILE</b>
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	s.c. Farmacia Ospedaliera	Mancanza di tracciabilità completa del farmaco sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione	MEDIO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5	<b>17 ACCETTABILE</b>
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)	s.c. Farmacia Ospedaliera	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Off-Label sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	MEDIO	A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5	<b>17 ACCETTABILE</b>

**REGISTRO DEI RISCHI - FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI - ANNO 2023**

<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>Farmacia Gestione dei farmaci in Farmacia - Farmaci al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica (Terapia Domiciliare)</p>	<p>s.c. Farmacia Ospedaliera</p>	<p>Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Domiciliari sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>17 ACCETTABILE</b></p>
<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>Farmacia Gestione dei dispositivi medici in Farmacia</p>	<p>s.c. Farmacia Ospedaliera</p>	<p>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</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 4 F 5</p>	<p><b>17 ACCETTABILE</b></p>
<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>Sponsorizzazioni Revisione delle procedure interne inerenti le sponsorizzazioni</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU FORMAZIONE</p>	<p>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.</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 1 C 1 D 5 E 3 F 4</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>Sponsorizzazioni Sponsorizzazione della partecipazione ad eventi extrasede in qualità di uditore</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU FORMAZIONE</p>	<p>Rischio di potenziale fidelizzazione tra sponsor di eventi formativi e singolo professionista partecipante all'evento formativo sponsorizzato</p>	<p>MEDIO/BASSO</p>	<p>A 4 B 1 C 1 D 5 E 3 F 4</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>
<p>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>Attività sanitaria Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>s.c. Direzione Medica di Presidio</p>	<p>A) Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa funeraria B) Segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie</p>	<p>MEDIO</p>	<p>A 1 B 1 C 1 D 5 E 5 F 5</p>	<p><b>18 RILEVANTE</b></p>

**Dati oggettivi, a supporto della valutazione:**

Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione.

I reati contro la PA;

I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità.

Reclami e risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.

Ulteriori dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni (es. rassegne stampa).

**La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata ad un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso la Fondazione (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.**

Allegato I MAPPATURA DEI RISCHI - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025											
N.	AREE GENERALI	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)
0	A. Contratti pubblici Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Programmazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità</li> <li>- Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza</li> <li>- Volontà di premiare interessi particolari</li> </ul>	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne</p> <p>Elementi di criticità:            assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PPAA.</p> <p>Conclusioni:            il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza</p>	<p>Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità/conflicto di interesse dei commissari e sostituzione del commissario che ha dichiarato la sussistenza di una situazione di incompatibilità/conflicto di interesse.</p>	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	<p>Per servizi e forniture standardizzabili, nonché 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</p> <p>Publicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui sono rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni.</p> <p>Publicazione, previo passaggio al Nucleo di Programmazione, della programmazione biennale e degli aggiornamenti annuali, con evidenza ove conosciuto dell'adesione a centrali di committenza</p>	ANNUALE
1	A. Contratti pubblici Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Progettazione della gara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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);</li> <li>- prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;</li> <li>- Falsuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;</li> <li>- 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.</li> </ul>	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne</p> <p>Elementi di criticità:            assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PPAA.</p> <p>Conclusioni:            il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Publicazione 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</p>	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	<p>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: &lt;1%)</p> <p>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</p> <p>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</p>	ANNUALE
3	A. Contratti pubblici Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	<p><b>Procedure sotto soglia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selezione del contraente</li> <li>- Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</li> </ul>	<p>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;</p> <p>l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;</p> <p>la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</p>	RILEVANTE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne</p> <p>Elementi di criticità:            assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PPAA.</p> <p>Conclusioni:            il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza</p>	<p>Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV</p> <p>Publicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV</p> <p>Publicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva</p> <p>Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.</p>	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	<p>Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV</p> <p>Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari</p> <p>Publicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva</p> <p>Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara</p>	ANNUALE
4	A. Contratti pubblici Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	<p><b>Procedure sotto soglia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)</li> </ul>	<p>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 alla soglia prevista dal codice degli appalti (<b>illecito frazionamento</b>)</p>	RILEVANTE	<p>Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne</p> <p>Elementi di criticità:            - complessità della normativa di riferimento;            - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PPAA.</p> <p>Conclusioni:            il rischio è variegato e di difficile contenimento; nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio</p>	<p>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 (stessi dati). Evidenza del rapporto, su base annuale, tra il valore degli affidamenti diretti e delle procedure negoziate senza bando, nonché degli acquisti di beni infungibili/esclusivi acquistati, sul totale del valore dei beni acquistati (suddiviso per beni, servizi e lavori);</p> <p>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.</p>	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	<p>Redazione di report contenente gli indicatori di cui ai punti A, B</p>	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 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo superiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)	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 alla soglia prevista dal codice degli appalti ( <b>illecito frazionamento</b> )	RILEVANTE	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 PPAA.  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'acquisto tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato;  C) Rapporto tra il valore economico dell'acquisto tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	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	<b>Procedure sopra soglia:</b> - 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	RILEVANTE	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 PPAA.  Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV  Publicazione degli avvisi di sovrapprezzo dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV  Publicazione 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. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV  Publicazione 100% avvisi di sovrapprezzo commissari  Publicazione 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	Distorzione nelle modalità di acquisizione e utilizzo di dispositivi medici	ACCETTABILE	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. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	Verifica necessità aggiornamento delle istruzioni: S/NO Revisione: S/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	ACCETTABILE	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, nonché 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.  Publicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni.  Publicazione programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	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.  Publicazione di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni: S/NO  Publicazione 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 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.	ACCETTABILE	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.  Publicazione avviso esplorativo per le procedure di gara sopra citate per la verifica delle condizioni ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	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 Publicazione avviso esplorativo in caso di procedure sopra citate 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	<b>Procedure sotto soglia:</b> - 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	ACCETTABILE	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	Publicazione 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  Publicazione 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. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV  Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari  Publicazione 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	<b>Procedure sotto soglia:</b> - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)	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)	ACCETTABILE	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. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	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. SÌ/NO	ANNUALE
12	A. Contratti pubblici Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	<b>Procedure sopra soglia:</b> - 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	ACCETTABILE	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	Publicazione 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  Publicazione 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. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV  Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari  Publicazione 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	RILEVANTE	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. Gestione Acquisti - ACQ	Strutture interessate dall'esecuzione e rendicontazione di contratti di servizi, forniture e lavori con individuazione del DEC	- Redazione Regolamento: SÌ/NO - Svolgimento evento formativo: SÌ/NO - Realizzazione Check-list: SÌ/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.	RILEVANTE	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 progressa, 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. Gestione Acquisti - ACQ	Tutte le strutture della Fondazione	Redazione Procedura interna: SÌ/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)	RILEVANTE	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. Gestione Acquisti - ACQ  s.c. Direzione Medico di Presidio	s.c. Gestione Acquisti - ACQ  s.c. 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.	ACCETTABILE	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. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC  s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC  s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	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	ACCETTABILE	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 relativi a grandi installazioni per limitare il ricorso alle varianti esclusivamente ai casi imprevisi 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% d) Verifica a campione trimestrale: SINO	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)	ACCETTABILE	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: SINO	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 Ospedaliera	Rischio relativo a: Presenza di dispositivi medici non autorizzati (prove d'uso/visioni) di competenza della s.c. Farmacia	ACCETTABILE	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 trasparenti 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 Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	Redazione della procedura interna: SINO  Report attestante l'avvenuta verifica: SINO	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)
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.	ACCETTABILE	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. Gestione Acquisti - ACQ  s.c. Ingegneria Clinica	Verifica necessità di aggiornamento: SI/NO	ANNUALE
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 SI	Rischio relativo a: - recesso/rescissione contratto - Inadempimento, mancanza di applicazione penali; - Comportamento collusivo del RUP/DEC	RILEVANTE	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 progressa, 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. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	a) 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.	MARGINALE	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 massimo il rischio	Rendicontazione annuale della corretta esecuzione dei contratti di competenza del SPP	Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale - 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 SI	Rischio relativo a:  Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte.	RILEVANTE	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. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	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 Formazine ai RUP e DEC	Rischio: potenziale conflitto di interessi, non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.	MARGINALE	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. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi 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 reclutare candidati particolari. b) Irregolare composizione della commissione di concorso.	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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

	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)
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	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Numero di verifiche dei requisiti per l'accesso alle progressioni economiche o di carriera: 100%	ANNUALE
27	B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi dirigenziali	Sostituzione della dirigenza medica sanitaria	Condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione	RILEVANTE	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/sostitubili per anno;	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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.	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Svolgimento attività di formazione e informazione sul Codice etico e comportamentale  Redazione report annuale: SINO	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 le modalità di conferimento degli incarichi professionali allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti b) scarsa rigidità circa le modalità di conferimento degli incarichi di funzione, allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti	ACCETTABILE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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.	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Verifica dei bandi per la concessione di borse di studio: [SINO]	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.	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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 [SINO] 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

	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)
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	RILEVANTE	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 progressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Verifica semestrale dei presupposti delle autorizzazioni degli incarichi extraistituzionali;  a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati;	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	a) Verifiche a campione dei presupposti di autorizzazioni: 5% degli incarichi  a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati: 100%	ANNUALE
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	RILEVANTE	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 progressa, 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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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.	RILEVANTE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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 Itramoenia e di supporto alla stessa	RILEVANTE	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 cui tenere traccia.	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Elaborazione ed attuazione di un piano annuale di controllo che prevede mensilmente un controllo su almeno una diversa attività (n. totale controlli annuali ≥ 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	RILEVANTE	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 su 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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Verifica mensile su n. 20 mandati corrispondenti a circa l'1% del totale	ANNUALE
37	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Immobilitazioni materiali e immateriali	Gestione del patrimonio	Mancate o errate imputazioni in bilancio, con conseguente danno erariale per l'ente.	RILEVANTE	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 SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	Redazione/Aggiornamento linee guida: 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)
38	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile	Gestione del patrimonio	Cattiva o omessa gestione di <b>beni immobili</b> (preziosi, quote azionarie, ecc) acquistati dalla Fondazione iure ereditatis.	ACCETTABILE	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 <b>beni immobili</b> a) Distorsione delle modalità di selezione del contraente in caso di dimissione, vendita, locazione e affitto. b) Conflitti di interesse tra Fondazione e contraente (Locatario/acquirente) c) Inefficienza gestione immobili	ACCETTABILE	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 (trasmissione 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
40	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Garanzie fideiussorie	Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie <b>Enti Sireg</b>	Rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili che possono comportare difficoltà al momento dell'esecuzione	ACCETTABILE	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 tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifiche semestrali: 100%	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Verifiche semestrali: 100%	SEMESTRALE
41	C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione del magazzino	Gestione del patrimonio e delle giacenze	Danno Erariale	ACCETTABILE	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 delle giacenze e degli arrivi (sia in fase di deposito che di utilizzo) b) Rendicontazione annuale	<b>Gruppo di lavoro:</b> s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi 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	Obblazioni in denaro	Gestione del patrimonio	Danno Erariale	RILEVANTE	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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	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.	RILEVANTE	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

	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)
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.	ACCETTABILE	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	RILEVANTE	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 (soggetto, 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% c) pubblicazione dell'aggiornamento annuale dell'albo dei legali della Fondazione: SI/NO c2) Pubblicazione dell'elenco degli affidamenti: SI/NO	ANNUALE
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'estensore del parere e uso distorto della pareristica.	RILEVANTE	Il processo risulta parzialmente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne.  Elementi di criticità: - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività; - eccesso 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% b) 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	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi e da procedure interne.  Elementi di criticità: - monopolio 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. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	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	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi  Elementi di criticità: - inadeguatezza o assenza di competenze del personale amministrativo addetto ai processi - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. - mancata informatizzazione  Conclusioni: 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. Accoglienza CUP e Libera Professione s.c. Direzione Medico di Presidio	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione s.c. 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	Retifica ingiustificata dei dati necessari alla valutazione degli obiettivi al fine di favorire una particolare struttura. Sperequazione economica delle retribuzioni a parità di funzioni	RILEVANTE	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 vario 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 fine 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

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)
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)	MARGINALE	<p>a) Abuso nell'acquisizione di consulenti al fine di agevolare particolari soggetti</p> <p>b) Mancanza di trasparenza nell'istruzione delle vertenze</p> <p>c) Discrezionalità nella gestione dei sinistri</p> <p>d) Danno erariale</p> <p>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</p> <p>Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio.</p>	<p>a) Procedura a evidenza pubblica nella scelta dei consulenti legale e medico-legale;</p> <p>b) Verifica dei sinistri da parte del Comitato Valutazione Sinistri con metodo collegiale;</p> <p>c1) Aggiornamento della procedura interna per la gestione dei sinistri e per la definizione transattiva degli stessi</p> <p>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)</p> <p>d) Comunicazioni alla Corte dei Conti degli esborsi derivanti dalla liquidazione dei sinistri nei limiti delle indicazioni della Magistratura contabile</p>	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	<p>a) Predisposizione bandi di gara per la selezione: 100%</p> <p>b) Numero sinistri trattati nel CVS: 100%; Predisposizione verbali: 100%</p> <p>c1) Aggiornamento Procedura: S/NO c2) Integrazione del contratto con la Compagnia Assicuratrice per gestione dei casi borderline: S/NO</p> <p>d) Comunicazioni alla Corte dei Conti: 100%</p>	ANNUALE
50	D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Relazioni con il pubblico	Gestione delle segnalazioni dell'utente	RILEVANTE	<p>Processo: le segnalazioni pervenute all'Urp sono gestite tenendo conto delle procedure (interne) e delle Leggi</p> <p>Elementi di criticità: - Assenza di comunicazione tra ufficio stessa P.A. - eccesso di discrezionalità</p> <p>Conclusioni: l'esperienza progressa 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</p>	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: S/NO	ANNUALE
51	D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Relazioni con il pubblico	Informazioni all'utente che richiede esami non disponibili presso la Fondazione nelle tempistiche richieste.	CRITICO	<p>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</p> <p>Elementi di criticità: - scarsa chiarezza della normativa di riferimento</p> <p>Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza e a diminuire il rischio</p>	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: S/NO Revisione: S/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	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi</p> <p>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</p> <p>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</p>	Redazione di regolamento dell'attività di informazione tecnico-scientifica (sul farmaco, sui dispositivi medici, sugli alimenti dietetici e apparecchiature elettromedicali)	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. D.M.P. s.c. Gestione Acquisti s.c. Ingegneria Clinica s.c. Direzione Professioni Sanitarie Direzione Scientifica	Redazione regolamento: S/NO Diffusione del regolamento con informativa ai reparti e ai medici: S/NO	ANNUALE
<b>AREE SPECIFICHE</b>										
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	RILEVANTE	<p>Il processo risulta vincolato al documento di organizzazione e funzionamento dell'IRB.</p> <p>Non si evidenziano criticità.</p> <p>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.</p>	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: S/NO Revisione: S/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)
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	RILEVANTE	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.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali  s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)  Direzione Scientifica	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
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	ACCETTABILE	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  Conclusioni: Sulla base dell'esperienza progressa, 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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	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	CRITICO	Il processo risulta vincolato alla procedura PRO-G-25-DSC  Non si evidenziano criticità  Conclusioni: 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	RILEVANTE	Il processo non è vincolato a Leggi specifiche  Criticità: si riscontra una limitata sensibilità al tema  Conclusioni: 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	CRITICO	Il processo è vincolato a leggi e atti amministrativi  Elementi di criticità: sottovalutazione del rischio e difficile sensibilizzazione dei ricercatori  Conclusioni: 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	RILEVANTE	Il processo non è vincolato a leggi specifiche  Elementi di criticità: mancanza di linee guida e procedure operative specifiche  Conclusioni: le misure individuate sono ampiamente adeguate ad arginare il rischio	Redazione di procedura interna sulla gestione dei dati dell'area scientifica (Research Data Management). Stessa 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 malagesto).	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne  Criticità: eccesso di discrezionalità  Conclusioni: Le verifiche risultano sufficientemente idonee alla neutralizzazione del rischio	Redazione procedura interna inerente la gestione delle prenotazioni in regime di libera professione	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	Verifica relativa all'aggiornamento/revisione della Procedura: 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)
61	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Governo delle liste di attesa - Drop-out	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato da atti amministrativi, ma difficilmente governabile dall'Ente</p> <p><u>Criticità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inadeguata diffusione della cultura della legalità</li> <li>- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto</li> <li>- mancanza di pubblicità e/o trasparenza</li> <li>- scarsa responsabilizzazione interna degli operatori</li> </ul> <p><u>Conclusioni:</u></p> <p>le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio</p>	<p>Rilevazione con cadenza periodica</p> <p>Recall/reminder, pre- appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa</p>	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	<p>Rilevazione con cadenza periodica: S/NO</p> <p>Recall/reminder/pre- appuntamento: S/NO</p>	SEMESTRALE
62	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle prenotazioni in regime S.S.N.	RILEVANTE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne.</p> <p><u>Criticità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eccesso di discrezionalità</li> <li>- inadeguata diffusione della cultura della legalità;</li> <li>- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;</li> <li>- sospetto conflitto di interesse</li> <li>- scarsa responsabilizzazione interna degli operatori</li> </ul> <p><u>Conclusioni:</u></p> <p>Le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio</p>	Stesura procedura interna per la gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N.	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	Verifica relativa all'aggiornamento della procedura interna relativa alla gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N. - S/NO	ANNUALE
63	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi</p> <p><u>Criticità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inadeguata diffusione della cultura della legalità</li> <li>- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto</li> <li>- sospetto conflitto di interesse</li> <li>- scarsa responsabilizzazione interna degli operatori</li> </ul> <p><u>Conclusioni:</u></p> <p>le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio</p>	<p>A) Controllo giornaliero da parte della DMP sui ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità</p> <p>B) verifica periodica delle azioni previste dal vigente regolamento ricoveri</p> <p>C) Controllo giornaliero delle autorizzazioni del ricovero di tutti i pazienti stanzieri</p> <p>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)</p>	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP s.c. Direzione Medica di Presidio	<p>A) Controllo giornaliero dei ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità: 100%</p> <p>B) controllo mensile dei tempi di attesa di ricovero per patologia: 100%</p> <p>C) Controllo e autorizzazione dei ricoveri a pazienti stranieri: 100%</p> <p>D) Verifica a campione (5%) corrispondenza dati anagrafici: S/NO</p>	SEMESTRALE
64	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi;</p> <p><u>Criticità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inadeguata diffusione della cultura della legalità;</li> <li>- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;</li> <li>- sospetto conflitto di interesse</li> <li>- scarsa responsabilizzazione interna degli operatori</li> </ul> <p><u>Conclusioni:</u></p> <p>Il rischio è variegato e di difficile contenimento. Allo stato le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio.</p>	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.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP 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: S/NO	ANNUALE
65	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Cartelle cliniche e documentazione sanitaria	ACCETTABILE	<p>Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne</p> <p><u>Criticità:</u></p> <p>eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività</p> <p><u>Conclusioni:</u></p> <p>Il tipo di controllo programmato sul processo assicura la riduzione del rischio</p>	Verifica delle richieste e dei rilasci delle cartelle cliniche e della documentazione medica informatizzazione del sistema di formazione e archivio	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio s.c. Sistemi Informativi	<p>Verifica su tutti i rilasci della documentazione sanitaria: 100%</p> <p>Completamento del processo di informatizzazione delle cartelle cliniche: S/NO</p>	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)
66	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	ACCETTABILE	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)	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. 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): SINO	ANNUALE
67	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi	Mancato incasso	Danno Erariale	RILEVANTE	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. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	Elaborazione di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione: SINO	ANNUALE
68	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi	Emissione fatture in libera professione (ricoveri)	Errata fatturazione volta a favorire particolari soggetti tramite sconti non dovuti	RILEVANTE	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. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	Elaborazione ed attuazione di un piano annuale dei controlli : verifica di un campione pari ad almeno 10 fatture al mese.	ANNUALE
69	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Controlli amministrativi di conformità al Regolamento Aziendale per l'Attività Libera Professionale Intramuraria	Mancato rispetto delle regole di natura amministrativa di cui al regolamento aziendale in materia Libera Professione	RILEVANTE	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. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione - ACLP	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
70	F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Volumi di attività istituzionale	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	ACCETTABILE	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.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio	a) Verifica Mensile dei volumi di attività svolti dai medici in libera professione: SINO 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

	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)
71	F. Attività libero professionali 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	CRITICO	Il processo risulta governato da: atti amministrativi e procedure interne  Criticità: - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori - inadeguata diffusione della cultura della legalità  Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a contenere il rischio nonostante lo stesso appaia di difficile monitoraggio	a) Redazione di una procedura interna in merito alla disciplina di gestione delle eventuali obbligazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi e diffusione delle stesse a tutte le strutture di degenza della Fondazione;  b) diffusione delle indicazioni in merito alla disciplina delle eventuali obbligazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi e di tutte le strutture di degenza della Fondazione;  c) creazione di un conto dedicato per il versamento delle obbligazioni da utilizzare per la formazione del personale sanitario.	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	a) Redazione di una procedura di qualità di gestione delle eventuali obbligazioni al personale infermieristico e di supporto della Fondazione: SI/NO  b) Diffusione e controllo delle disposizioni impartite in merito alle obbligazioni al personale infermieristico e di supporto:SI/NO  b) creazione di un conto dedicato per il versamento delle obbligazioni da utilizzare per la formazione del personale sanitari e conseguente controllo del codice di obbligazioni specifico: SI/NO	SEMESTRALE
72	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	ACCETTABILE	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 Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	A e B) Farmaci sottoposti a Monitoraggio AIFA =100%  C) Pubblicazione PTO entro 31.12 di ogni anno  D) Verifica procedure: 2/anno	ANNUALE
73	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	ACCETTABILE	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 fustella farmaci nella fase di ricevimento e distribuzione al reparto/paziente	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	Tracciabilità Farmaco in uscita da Centrale Produzione Farmaci =100% delle terapie per il paziente	ANNUALE
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 (Off-Label)	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Off-Label sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	ACCETTABILE	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	Controllo e revisione periodica Procedura <b>Farmaci off Label</b>	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno; 2) Verifica rispetto procedura: > 80% 3) Relazione Costi Off Label: SI/ NO	ANNUALE
75	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 Domiciliari sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla procedura PRO -G-02 FARMACIA  Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori  Conclusioni: Le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Controllo periodico Procedura Farmaci Terapia Domiciliare	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno; 2) Verifica rispetto procedura: > 80% 3) Targatura Farmaci Terapia Domiciliare > 50%	ANNUALE
76	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	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla procedura PRO-POIFAR-02-01  Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di un unico soggetto  Conclusioni: 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 istruttoria operativa aziendale in qualità per l'acquisto di dispositivi medici ad alto costo, procedure aziendali per la gestione del dispositivo; d) Prontuario dispositivi medici completamento/revisione	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	a) Verifica necessità aggiornamento: SI/NO Revisione procedura: SI/NO b) Verifica rispetto procedura > 80% c) Verifica necessità aggiornamento istruttoria operativa: SI/NO Revisione istruttoria operativa: SI/NO d) Pubblicazione Prontuario dispositivi entro 31.12 di ogni anno su intranet aziendale	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)
77	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.	ACCETTABILE	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	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
78	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	ACCETTABILE	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	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU  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
79	H. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività sanitaria	Attività conseguenti 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	RILEVANTE	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 funerarie utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozione di eventuali azioni correttive.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio	a) Revisione procedura interna: SI/NO  b) Controlli a campione su base semestrale: 5% dei decessi in ospedale; verifica interna, a campione, dei registri della camera mortuaria in relazione alle imprese funerarie utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozione di eventuali azioni correttive: superiori al 50%	ANNUALE

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>DISPOSIZIONI GENERALI</b>	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	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 Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019)	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativo stato di attuazione (PTPCT)</b>  <b>Pubblicare sul sito web entro un mese dall'adozione e sul portale ANAC</b>	<b>Responsabile trasparenza</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	annuale, entro 31 gennaio	Sono pubblicati i piani dal 2013 al 2023	aggiornamento annuale con link alla sotto-sezione Altri contenuti/corruzione: entro 10 giorni dall'approvazione
	<b>Atti generali</b>	Art. 12, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016	<b>Riferimenti normativi</b> con i relativi link alle norme di legge che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività dell'ente	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)	Sono pubblicati i riferimenti delle leggi statali pubblicate nella banca dati "Normativa"	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	<b>Dirigenti delle strutture della Fondazione</b> secondo competenza, individuate dal vigente Provvedimento Organizzativo	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Statuti e leggi regionali:</b> 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	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Codice disciplinare e codice di condotta:</b> Codice disciplinare recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7 L. 300/1970); codice di condotta inteso quale codice di comportamento.	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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 D.Lgs. n. 33/2013	Scadenario 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 D.Lgs. 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 D.Lgs. n. 97/2016 -Artt. 1, 2, 3 e 4 L. 441/1982 -D.Lgs. 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 <sup>a</sup> 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 Salute 13.2.2014 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.	<b>Presidente e Consiglieri del Consiglio di Amministrazione</b> <b>a)</b> atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico; <b>b)</b> curriculum vitae; <b>d)</b> compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; <b>d)</b> importi di viaggi e di servizio e missioni, pagati con fondi pubblici; <b>e)</b> dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti pubblici e privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; <b>f)</b> altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti; <b>g)</b> 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; <b>h)</b> 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] <b>i)</b> 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) <b>j)</b> 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) <b>l)</b> dichiarazioni di inconfiribilità/ incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 da aggiornare annualmente  <b>Dati da pubblicare, salvo che l'incarico sia attribuito a titolo gratuito</b>	<b>Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza</b>  <b>Struttura deputata a verifiche, adempimenti relativi alle dichiarazioni dei Consiglieri e conservazione: Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 trattati 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 inconfiribilità/incompatibilità): annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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 presentazione 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. Sistemi Informativi – SI	punto 2: entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione dei redditi  punto 3: la documentazione va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico	da pubblicare  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 successiva 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 incompleta 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 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 secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	Responsabile per la prevenzione della corruzione	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
	<b>Articolazione degli uffici</b>	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' <u>organigramma</u> o analoghe rappresentazioni grafiche	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
	<b>Telefono e posta elettronica</b>	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.	<b>Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	elenco pubblicato	aggiornamento: tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale, entro 31 maggio
<b>CONSULENTI E COLLABORATORI</b>	<b>Consulenti e collaboratori</b>	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	<b>Elenco aggiornato consulenti e collaboratori</b> 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)	<b>Direttore s.c. s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>  <b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>  <b>Responsabile s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)</b>  <b>Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013  Pubblicare entro tre mesi da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati <b>per 3 anni successivi a cessazione incarico</b>	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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	<p>D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;</p> <p>-Art.2, c.1 , art. 3 c.1 e art. 4 L. n. L 441/1982</p> <p>-DLgs. n. 39/2013</p> <p>-delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016;</p> <p>-comunicato Presidente ANAC 20.12.2016</p> <p>-Nota Ministero Salute 13.2.2014 n. 810 (prot. INT n.1759 del 21.2.2014)</p> <p>-Nota Regione Lomb (prot INT 11665 del 10.12.2014)</p> <p>-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.</p> <p>-art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanazione di regolamento per individuaz. dati da pubblicare.</p>	<p><b>Per SSN: Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario</b></p> <p>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;</p> <p>b) curriculum vitale redatto su modello europeo;</p> <p>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;</p> <p>d) i compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato;</p> <p>e) dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico.</p>	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	<p><b>tempestivo</b> ex art. 8 D.lgs. n.33/2013</p> <p>Pubblicare <u>entro tre mesi</u> da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati <u>per 3 anni</u> successivi a cessazione incarico</p>	pubblicato	aggiornamento: tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale entro il 31 gennaio
		<p><u>Sentenza 21.2.2019 n.20 Corte Costituzionale</u> dichiara illegittimità cost.art.4c.1bis ove prevede pubblicaz. dich.redditi e patrim. per tutti i dirigenti anzichè solo per i dirigenti apicali statali.</p> <p>-<u>Nota DGWelfare Lombardia 28.11.2019</u> invita enti sanitari a sospendere raccolta dati economico-patrim. dei dirigenti e loro pubblicazione.</p> <p>-<u>Delib. ANAC 586/2019</u> 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.</p> <p>-art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanaz. di regolamento per individuaz. dati da pubblicare.</p> <p>- <u>Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019 prevedendo pubblicaz. di dati patrimoniali solo per direttori apicali (DG, DSC, DS, DA)</u></p>						

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>PERSONALE</b>	<b>Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)</b>	<p><b>Art. 15, c.1 e 2</b>, 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 quesito posto dalla Fondazione con nota 28.1.22016 prot. 12366                      -delib ANAC 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</p> <p>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.                      - <b>Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019</b>                      - <b>Delib ANAC 4.10.2020, n.713 per settore sanitario ha stabilito che "gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del SSN - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria - sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inferibilità e incompatibilità; perciò i dirigenti tecnico-amministrativi, che operano nel contesto delle aziende ospedaliere, sono sottoposti al regime di cui al D.Lgs. 39/2013".</b></p>	<p><b>SSN - Dirigenti con incarico di direzione di dipartimento, di struttura complessa o semplice.</b>                      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 vitae 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.</p>	<p><b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b></p> <p><b>Direttore s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione (per i volumi di attività LP-punto c)</b></p>	<p>s.c. Sistemi Informativi – SI</p>	<p><b>Tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013 pubblicare entro 3 mesi dalla nomina /conferimento incarico;</b></p> <p>I dati devono restare pubblicati per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.</p>	<p>pubblicato eccetto punto c) per la parte relative alla titolarità di cariche</p> <p>Per i dati del punto a) link alla sezione concorsi</p>	<p>aggiornamento tempestivo: entro il mese successivo alla variazione</p>

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>PERSONALE</b>	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 19, c.1bis DLgs. n. 165/2001	<b>Posti di funzione disponibili:</b> numero e tipologia di posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Ruolo dirigenti</b>	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	annuale	non applicabile alla Fondazione	//
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	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	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	nessuna sanzione	pubblicare ove presenti sanzioni: entro un mese dalla conoscenza della sanzione
	<b>Posizioni organizzative</b>	Art. 14, c 1quinques DLgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. N. 97/2016	<b>curricula</b> dei titolari di posizioni organizzative (senza delega di funzioni dirigenziali) su modello europeo	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
	<b>Dotazione organica</b>	Art. 16, c. 1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibere ANAC n. 831/2016 e 1310/2016;	Dati da pubblicare in tabelle: <b>a) conto annuale del personale</b> 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>b) costo personale a tempo indeterminato in servizio</b> articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>PERSONALE</b>	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	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: <b>a) elenco del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato</b> , 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>b) dati relativi al costo complessivo del personale</b> 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	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
	<b>Tassi di assenza</b>	Art. 16, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Dati, da pubblicare in tabelle, relativi ai <b>tassi di assenza</b> del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	pubblicazione trimestrale	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro aprile, luglio, ottobre e gennaio con riferimento al trimestre precedente)
	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	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 <b>incarichi</b> conferiti o autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro aprile, luglio, ottobre e gennaio con riferimento al trimestre precedente)
	<b>Contrattazione collettiva</b>	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 <b>contratti e accordi</b> collettivi nazionali che si applicano nonché le eventuali interpretazioni autentiche .	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento mediante collegamento costante con sito ARAN
	<b>Contrattazione</b>	Art. 21, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Contratti integrativi</b> stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (Collegio Sindacale)	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro un mese dalla validazione degli organi di controllo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
	integrativa	Art. 21, c. 2 - D.Lgs. n. 33/2013 Art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009	<b>Costi contrattazione integrativa:</b> 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.	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b> <b>previa acquisizione documentazione del Collegio Sindacale</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	Annuale ex art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009	pubblicato	aggiornamento annuale, entro il 30 giugno

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
	<b>Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)</b>	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 <b>Nucleo di Valutazione (NdV)</b> Pubblicazione dei nominativi, dei curricula e dei compensi dei componenti del NdV	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicati nominativi, curricula e compensi	aggiornamento entro un mese dalla nomina
<b>BANDI DI CONCORSO</b>	<b>Bandi di concorso</b>	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: <b>a) i bandi di concorso</b> per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della commissione e le tracce delle prove scritte. <b>b) tabella contenente elenco aggiornato dei bandi in corso</b> per l'assunzione del personale e progressione di carriera	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
	<b>Sistema di misurazione e valutazione della performance</b>	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)	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro un mese dall'approvazione del documento

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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	<b>Piano della performance</b> (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) pubblicazione del Piano della Performance che individua gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli <u>obiettivi finali e intermedi</u> ed alle <u>risorse</u> , gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Relazione sulla Performance</b> (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) che evidenzia <u>a consuntivo</u> , con riferimento all'anno precedente, i <u>risultati organizzativi e individuali raggiunti</u> rispetto ai singoli <u>obiettivi</u> programmati ed alle <u>risorse</u> , con rilevazione degli eventuali <u>scostamenti</u>	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 <u>premi stanziati</u> , collegati alla performance e ammontare dei premi effettivamente <u>distribuiti</u>	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Responsabile trasparenza</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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	<p><b>Elenco delle società</b> 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).</p> <p>da pubblicare in tabelle, per ciascuna società :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ragione sociale</li> <li>2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione</li> <li>3) durata dell'impegno</li> <li>4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione</li> <li>5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante</li> <li>6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari</li> <li>7) incarichi di amministrazione della società e relativo trattamento economico complessivo</li> </ol> <p>8) dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico e di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)</p> <p>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</p>	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Provvedimenti</b> in materia di costituzione di <u>società a partecipazione pubblica</u> , 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. <b>Provvedimenti</b> con cui le amministrazioni pubbliche fissano obiettivi specifici annuali e pluriennali sul complesso delle spese di funzionamento ivi comprese quelle per il personale delle società controllate. <b>Provvedimenti</b> con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi sopraindicati.	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	temporaneo 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 <u>enti di diritto privato</u> 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	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>	<b>Tipologie di procedimento</b>	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	<p>elenco contenente:</p> <p>1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili</p> <p>2) unità organizzativa responsabile dell'istruttoria</p> <p>3) ufficio del procedimento, unitamente a recapiti telefonici, casella di posta elettronica istituzionale</p> <p>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;</p> <p>5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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</p> <p>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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento;</p> <p>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</p> <p>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.</p>	<b>Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo</b>	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>	<b>Monitoraggio tempi procedurali</b> 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 procedurali	<b>Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	semestrale	pubblicato	aggiornamento semestrale entro 31 luglio e 31 gennaio, con riferimento al semestre precedente
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	Art. 35, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Delibera ANAC 1310/2016	<b>Recapiti dell'ufficio responsabile:</b> recapiti e caselle di posta elettronica 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	<b>Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento tempestivo in caso di variazioni e comunque annuale, entro gennaio
	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Art. 23, c.1, D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, -Delibera ANAC 1310/2016		<b>Elenco dei provvedimenti finali conseguenti ai procedimenti relativi a:</b>	<b>Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI		

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
PROVEDIMENTI	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  <b>abolito obbligo di pubblicare:</b> - 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	1) <u>scelta del contraente</u> 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) <u>accordi</u> 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. Sistemi Informativi – SI	semestrale ex art. 23 c.1 DLgs. n. 33/2013	pubblicati	aggiornamento semestrale, entro 31 luglio e 31 gennaio, con riferimento al semestre precedente

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
<b>CONTROLLI SULLE IMPRESE</b>	<b>Controlli sulle imprese</b> Art. 25 D.Lgs. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, <b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria</b>	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Tipologie di controllo cui sono assoggettate le imprese  Obblighi e adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare	//	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo	la Fondazione non esercita controlli sulle imprese.	//
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>	<b>informazioni sulle singole procedure in formato tabellare</b>	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;	<b>Tablelle riassuntive</b> 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. <b>a) CIG</b> <b>b) struttura</b> proponente (denominazione stazione appaltante) e codice fiscale <b>c) l'oggetto</b> del bando <b>d) procedura</b> di scelta del contraente <b>e) elenco</b> degli operatori invitati a presentare offerta/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento <b>f) elenco</b> dei partecipanti al procedimento con codice fiscale, ragione sociale e ruolo in caso di RTI <b>g) aggiudicatario</b> <b>h) importo</b> di aggiudicazione (al lordo di oneri sicurezza e al netto di I.V.A.) <b>i) tempi</b> di completamento dell'opera, servizio o fornitura <b>l) importo</b> 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 attraverso l'invio dei medesimi dati alla banca dati della amministrazioni pubbliche (*) ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. n. 229/2011, <u>limitatamente alla parte lavori</u> ) (*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.	<b>strutture competenti per inserimento dati in tabella:</b> -s.c. Gestione Acquisti -s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - s.c. Ingegneria Clinica -s.c. Sistemi Informativi -s.c. Farmacia Ospedaliera  <b>Struttura competente per trasmissione della tabella alla s.c. SI deputata alla pubblicazione e all'invio di pec ad ANAC:</b> s.c.Gestione Acquisti	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
	<b>Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare</b>	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 <b>programmazione</b> di lavori, opere, servizi e forniture: programma biennale degli acquisti per beni e servizi e programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	<b>Direttori</b> s.c. Gestione Acquisti -s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - s.c. Ingegneria Clinica-IC  <b>secondo competenza</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	Tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazione

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>		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	<p><b>Per ciascuna procedura</b> (servizi, fornire, 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:</p> <p>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);</p>	<p><b>Direttori</b>                      s.c. <b>Gestione Acquisti</b></p> <p>s.c. <b>Gestione Tecnico Patrimoniale</b></p> <p>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 delle strutture</p>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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)
			<p>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)</p> <p><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</p>	<p><b>Direttori</b>                      s.c. <b>Gestione Acquisti</b></p> <p>s.c. <b>Gestione Tecnico Patrimoniale</b></p> <p>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 delle strutture</p>		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)
			<p><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)</p>	<p>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 delle strutture</p>		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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>			<u>Affidamenti</u> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)			Tempestivo	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)
	<b>Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura</b>	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	<u>Informazioni ulteriori</u> Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)			Tempestivo	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)
	<b>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</b>	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	<b>provvedimenti di esclusione di ammissione</b> , entro due giorni dalla loro adozione	<b>Direttori</b> <b>s.c. Gestione Acquisti</b>  <b>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>  i RUP sono tenuti a fornire alle ss.Gestione Acquisti e Gestione Tecnico	s.c. Sistemi Informativi – SI	Tempestivo	pubblicazione mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo, entro due giorni dall'adozione del provvedimento
	<b>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti</b>	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	<b>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula</b> dei suoi componenti	Patrimoniale, secondo competenza, i dati in loro possesso, per consentirne raccolta e succ.va pubblicazione da parte delle strutture		Tempestivo	pubblicato mediante creazione di link alle sezioni Gare d'appalto e Procedure negoziate	aggiornamento tempestivo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
	<b>Contratti</b>	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	<b>Testo integrale di tutti i contratti</b> 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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
	<b>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</b>  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	<b>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</b> 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 ( <b>entro il 25 .5.2017</b> ) 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
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>	<b>Criteria e modalità</b>	Art. 26, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Atti</b> 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 pubbl. e privati.	//	//	tempestivo ex art 26 DLgs. n. 33/2013	"	//
<b>SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI</b>	<b>Atti di concessione</b>	Art. 26, c.2 e art. 27 D.lgs. n., 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Atti di concessione</b> 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. <u>Per ciascuna atto:</u> 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 beneficiario; link al progetto selezionato; lin al curriculum del soggetto incaricato; elenco in formato tabellare aperto dei soggetti beneficiari di atti di concessione 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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Bilancio preventivo:</b> 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. <b>Bilancio consuntivo:</b> 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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazione 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 Art. 19 e 22 DLgs n. 91/2011 Art 18bis DLgs. n. 118/2011 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio</b> , 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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni dall'approvazione 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 <b>immobili posseduti e detenuti</b>	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento <b>trimestrale</b> (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 <b>canoni di locazione o di affitto</b> versati o percepiti	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento trimestrale (entro il mese successivo al trimestre di riferimento)

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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
<b>CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	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	<b>Responsabile s.s. Controllo di gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
		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 <b>validazione della relazione sulle performance</b> (art. 14, c.4, lett. c), D.Lgs n. 150/2009)	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Relazione dell'OIV</b> sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4 lett. a) DLgs. n. 150/2009)	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Atti conclusivi</b> (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.	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	da predisporre e pubblicare	aggiornamento tempestivo: entro due mesi dalla data del documento
<b>CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delibera ANAC 1310/2016	<b>Relazioni degli organi di revisione</b> 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 receipti e non receipti	<b>Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
		Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Rilievi della Corte dei Conti:</b> tutti i rilievi della Corte dei Conti ancorchè non receipti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento ove presenti rilievi entro due mesi dalla notizia dei rilievi

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
	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. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Class Action:</b> 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.	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	pubblicare ove presente	pubblicazione 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	<b>Costi contabilizzati</b> -da pubblicare in tabelle- dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	<b>Responsabile s.s. Controllo di Gestione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	Annuale ex art. 10 c.5 DLgs 33/2013	è pubblicato il modello 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	<b>Liste d'attesa</b> 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	<b>Direttore Medico di Presidio</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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
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	<b>Risultati delle rilevazioni</b> 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.	<b>Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	Tempestivo	Non presenti servizi in rete alla data di adozione del presente piano	//

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE	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. Sistemi Informativi – SI	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	alla Fondazione si applica la previsione del successivo punto "Dati sui pagamenti del SSN)	//
	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. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Sistemi Informativi – SI	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	pubblicato	aggiornamento trimestrale entro il mese successivo al trimestre di riferimento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33 DLgs. 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 <u>annuale</u> di tempestività dei pagamenti) b) indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti c) ammontare complessivo dei debiti e numero delle imprese creditrici	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Sistemi Informativi - SI	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
	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 <b>codici IBAN</b> identificativi del conto di pagamento, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, <b>ovvero gli identificativi del conto</b> corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i <b>codici identificativi del pagamento</b> da indicare obbligatoriamente per il versamento	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Sistemi Informativi - SI	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
	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 ( <b>obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali</b> )	//	//	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 <b>programmazione</b> 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 ( <b>per i ministeri</b> )	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Sistemi Informativi - SI	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 <b>tempi</b> e agli <b>indicatori</b> di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate b) informazioni relative ai <b>costi unitari</b> di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Da pubblicare in tabelle sulla base dello <b>schema tipo</b> 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. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Sistemi Informativi - SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	da predisporre e pubblicare in subordinate 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

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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
<b>PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO</b>	<b>Pianificazione e governo del territorio</b>	Art. 39, c1 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<u>Atti di governo del territorio</u> , piani territoriali, piani paesistici, urbanistici etc.	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	informazioni non attinenti alla Fondazione	//
<b>INFORMAZIONI AMBIENTALI</b>	<b>Informazioni ambientali</b>	Art. 40 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<u>Informazioni ambientali</u> : stato dell'ambiente, fattori inquinanti, misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di 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	//
<b>STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE</b>	<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	//
		Art. 10, c.8 lett a) DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<b>Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza</b> e suoi allegati, misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 c.2bis L n. 190/2012	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	annuale	pubblicato	aggiornamento entro 10 giorni dall'approvazione
ALTRI CONTENUTI	Corruzione	Art. 1 c.8 L. 190/2012 -Art. 43, c.1 D.lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	<b>Responsabile</b> della prevenzione della corruzione e della trasparenza	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo	pubblicato	aggiornamento entro 10 giorni dalla nomina
		Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	<b>Regolamenti</b> per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Relazione</b> del Responsabile per la prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Provvedimenti adottati dall'Anac</b> ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Atti di accertamento delle violazioni</b> delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013	<b>Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<u>Accesso civico "semplice"</u> concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria: <b>nome del Responsabile della corruzione e della trasparenza</b> cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché <b>modalità</b> per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e della casella di posta elettronica istituzionale	<b>Responsabile per la trasparenza</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<u>Accesso civico "generalizzato"</u> concernente dati e documenti ulteriori: <b>nomi uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico</b> nonché <b>modalità</b> per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	<b>Responsabili dei procedimenti secondo competenza</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Registro degli accessi</b> 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	<b>Predisposizione: Dirigenti delle strutture responsabili dei procedimenti secondo competenza</b>  <b>Pubblicazione: Ufficio Relazione con il Pubblico</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	semestrale	pubblicato, da parte di ciascuna struttura, il registro semestrale degli accessi	aggiornamento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati</b> 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.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	<b>Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Regolamenti</b> che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	<b>Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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" convertito 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	<b>Obiettivi di accessibilità</b> (da pubblicare secondo le indicazioni della Circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013): <b>a) obiettivi</b> di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente ( <u>entro il 31 marzo di ogni anno</u> ); <b>b) stato di attuazione</b> del "piano per l'utilizzo del <u>telelavoro</u> " nella propria organizzazione	<b>p. a) Ditta incaricata</b> dalla Fondazione per la programmazione del sito e/o <b>Direttore s.c. Sistemi Informativi</b>  <b>p. b) s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane in collaborazione con s.c. Sistemi Informativi</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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	<b>Informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione</b> dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente	<b>Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	A seguito di informatizzazione del flusso	da predisporre	pubblicazione entro dicembre 2021

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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 (*)		<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale:</b>					
		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); - nomativi 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	<b>Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 <b>varianti di lavori</b>  2. Pubblicazione <b>provvedimenti di liquidazione</b> per gli appalti di lavori sopra i 500.000,00 euro	<b>Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	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  Albo dei tecnici	<b>Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013		pubblicare entro il 2020 nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "bandi e gare"
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Acquisti:</b>					
		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); - nomativi 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	<b>Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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)	<b>Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato nella pagina bandi e gare ( <a href="https://www.istitutotumori.mi.it/elenchi-fornitori1">https://www.istitutotumori.mi.it/elenchi-fornitori1</a> )	pubblicare entro giugno 2020 nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "bandi e gare"
		D.P.C.M. 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture di servizio	<b>Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	pubblicazione a seguito di censimento	pubblicato	annuale entro febbraio

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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	<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</b>						
			Procedure di acquisizione del personale: Esito verifiche dei prerequisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici.	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Sistemi Informativi – SI	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Sistemi Informativi – SI	Pubblicazione dei dati relativi agli scioperi	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. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Sistemi Informativi – SI	Pubblicazione dei dati	pubblicato	aggiornamento	
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità:</b>						
			Elenco adempimenti PAC attuati nell'anno 2019 e aggiornamento anni successivi	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicati	pubblicazione ed aggiornamento annuale entro marzo con riferimento all'anno precedente	
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.s. Controllo di Gestione</b>						
			Elenco delle tipologie di verifica svolte dalla s.s. Controllo di Gestione	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicati	pubblicazione ed aggiornamento annuale entro giugno con riferimento alle verifiche dell'anno precedente	
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione:</b>						
			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. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Sistemi Informativi – SI		a), b) e c) pubblicati nella sezione "prenota visita libera professione"	pubblicare entro febbraio dell'anno successivo nella sez. Amm. Trasparente mediante link alla pagina "prenota visita libera professione" <a href="https://www.istitutotumori.mi.it/prenota-visita-libera-professione">https://www.istitutotumori.mi.it/prenota-visita-libera-professione</a>	

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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 (*)		<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. .Gestione e Sviluppo Risorse Umane:</b>					
			Relazione "Piano di formazione " anno 2020 e anni successivi	<b>Direttore s.c.Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU</b>		/	da pubblicare	pubblicazione ed aggiornamento annuale entro aprile dell'anno successivo con riferimento agli eventi formativi dell'anno precedente
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Affari Generali e Legali:</b>					
		Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	<u>Gestione del patrimonio immobiliare disponibile :</u> pubblicazione di tabella con elenco delle tipologie di procedure attuate per la vendita e la locazione degli immobili.	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	Publicazione 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	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	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 d) Albo Studi Brevettuali	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento annuale entro febbraio
			Dati polizza responsabilità civile	<b>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	pubblicato	aggiornamento annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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 (*)		<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Sistemi Informativi:</b>					
		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: strutture e stato di avanzamento	<b>Direttore Sistemi Informativi – SI</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato	aggiornamento annuale entro febbraio
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Ingegneria Clinica:</b>					
			Pubblicazione della Procedura su apparecchiature "in visione"	<b>Direttore s.c. Ingegneria Clinica</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI		pubblicata	pubblicata entro giugno 2020
			<b>Dati ulteriori di competenza del Direttore della s.c. Direzione Medica di Presidio:</b>					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Disposizioni anticipate di trattamento (Biotestamento)	<b>Direttore Medico di Presidio</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato nella pagina "servizi al cittadino" con link alla sez. Amministrazione Trasparenza	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 delle vigenti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	<b>Direttore Medico di Presidio</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI		da pubblicare	entro marzo 2021
			<b>Dati ulteriori di competenza del Risk Manager:</b>					
		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	<b>Risk Manager</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato	aggiornamento annuale entro gennaio
			<b>Dati ulteriori di competenza dell'Ufficio Relazioni con il pubblico:</b>					
Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Customer Satisfaction	<b>Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato	aggiornamento annuale		

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**  
**Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009**  
**Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione**  
**ALLEGATO N. 2 PTPCT**

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 (*)		Modulistica per le segnalazioni da parte degli utenti esterni	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	s.c. Sistemi Informativi – SI		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Direzione Professioni Sanitarie – DPS</b>					
			Vademecum "istruzioni/raccomandazioni sulla gestione delle oblazioni al personale infermieristico"	Direttore s.c. Direzione Professioni Sanitarie – DPS	s.c. Sistemi Informativi – SI		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			<b>Dati ulteriori di competenza del Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale</b>					
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Indici infortunistici secondo norma UNI	Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato	aggiornamento annuale
			Foglio illustrativo relativo alle istruzioni di sicurezza al cittadino	Responsabile Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	s.c. Sistemi Informativi – SI		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
			<b>Dati ulteriori di competenza della s.c. Farmacia Ospedaliera</b>					
			Regolamento sull'attività degli informatori tecnico/scientifici	Direttore s.c. Farmacia	s.c. Sistemi Informativi – SI		pubblicato	aggiornamento entro 30 giorni in caso di modifiche
	<b>Dati ulteriori di competenza della Direzione Scientifica:</b>							

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
 Tabella adempimenti trasparenza 2020-2022, ai sensi del DLgs. n. 33/2009  
 Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione  
 ALLEGATO N. 2 PTPCT

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. 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. Rendicontazioni di assegnazione risorse 5x100 (relazioni Ministero Salute e Ministero Università e Ricerca) 4. Scientific report	<b>Direttore Scientifico</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	pubblicato	aggiornamento annuale
			Assegnazione "Premio giovani ricercatori" 2019 e anni successivi	<b>Direttore Scientifico</b>	s.c. Sistemi Informativi – SI	/	da pubblicare	aggiornamento annuale entro 30 giorni dall'assegnazione