

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE  
(2016 – 2018)  
(L. 190/2012)**

## INDICE

<b>INDICE</b> .....	2
<b>Sezione I PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2016 - 2018</b> .....	3
1. PREMESSA.....	3
2. OBIETTIVI STRATEGICI DEL P.T.P.C.....	3
3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE .....	4
4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2016 – 2018.....	6
4.1 ANALISI CONTESTO INTERNO .....	7
4.2 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT .....	10
4.3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E GESTIONE DEL RISCHIO.....	14
5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2016 - 2018 .....	15
5.1 CODICE DI COMPORTAMENTO.....	15
5.2 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE.....	16
5.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	16
5.4 GESTIONE CONFLITTO D'INTERESSE.....	16
5.5 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001 .....	17
5.6 DIVIETO DI SVOLGERE ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO – PANTOUFLAGE .....	17
5.7 INCOMPATIBILITÀ' E INCONFERIBILITÀ' .....	18
5.8 CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI ...	18
5.9 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING).....	19
5.10 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO.....	20
5.11 PREDISPOSIZIONE DI PATTI DI INTEGRITÀ E DEI PROTOCOLLI DI LEGALITÀ PER GLI AFFIDAMENTI.....	20
5.12 STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I CONTRAENTI .....	20
5.13 PROGRAMMA BIENNALE DEGLI INVESTIMENTI. ....	21
6. INIZIATIVE FORMATIVE ADOTTATE NEL PIANO ANTICORRUZIONE.....	21
7. RESPONSABILITÀ .....	22
8. SANZIONI.....	23
<b>Sezione 2 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' PTT – 2016 – 2018</b> .....	24
1. FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO “CARLO BESTA” .....	24
2. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE.....	24
3. MISSION DELLA FONDAZIONE.....	25
4. TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE .....	25
5. TEMPI DI ATTUAZIONE.....	26
6. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA .....	26
7. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....	29
8. INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA' E DELLA TRASPARENZA .....	29
9. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA .....	30
10. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA.....	30
11. FASI E SOGGETTI RESPONSABILI.....	31
ALL 1 ) Mappatura dei processi ai fini del PTPC 2016/2018.....	31
ALL 2 ) Elenco degli obblighi di pubblicazione .....	31

## Sezione I PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2016 - 2018

### I. PREMESSA

Con la 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". Tale intervento normativo, volto a rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, tiene conto sia delle indicazioni fornite da taluni strumenti sovranazionali di contrasto alla corruzione già ratificati dal nostro Paese (Convenzione Onu di Merida e la Convenzione penale sulla corruzione di Strasburgo), sia degli *standard* internazionali di contrasto ai fenomeni corruttivi.

La Legge n. 190/2012 trova diretta applicazione alla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" ai sensi dei commi 34 e 59. Il dettato normativo prevede taluni obblighi a carico della pubblica amministrazione tra i quali, ai sensi dell'art. 1 comma 5 lett. A) e comma 8, l'adozione e l'aggiornamento annuale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (di seguito P.T.P.C.).

Con delibera n. 72/2013 della Commissione Indipendente per la Valutazione Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (di seguito C.I.V.I.T. ora A.N.AC) è stato approvato e pubblicato il Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito P.N.A.), il quale detta i contenuti del P.T.P.C. che le Pubbliche Amministrazioni destinatarie degli obblighi derivanti dalla L. n. 190/2012 devono adottare, in sede di prima applicazione, entro il 31 gennaio 2014,

Con determinazione ANAC n. 12 del 28 Ottobre 2015 sono state fornite indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del PNA al fine di offrire un supporto operativo che consente alle Pubbliche amministrazioni e ai soggetti *di apportare eventuali correzioni volte a migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico.*

### 2. OBIETTIVI STRATEGICI DEL P.T.P.C.

Le indicazioni provenienti dalle organizzazioni sovranazionali hanno evidenziato l'esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali, disciplinati dalla L. n. 190 del 2012, nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- *ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;*
- *aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;*
- *creare un contesto sfavorevole alla corruzione.*

Il P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale la Fondazione descrive un "processo" articolato in fasi tra loro collegate finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi.

In questa logica, l'adozione del P.T.P.C non si configura come un'attività una tantum, bensì come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o

sostituiti, tenuto conto dell'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione.

Occorre in via preliminare far osservare che scopo del presente Piano è quello di prevenire ogni condotta del pubblico funzionario – indipendentemente dal ruolo ricoperto nell'Amministrazione di appartenenza – che possa dare luogo ad un uso, o ad un abuso, del proprio ruolo, della propria funzione o del proprio potere al fine di ottenere, anche solo potenzialmente, per sé o altri un vantaggio patrimoniale o non patrimoniale.

In altri termini, il presente Piano ha lo scopo di prevenire un uso a fini privati delle funzioni o del ruolo pubblico rivestito.

Al fine di individuare i reati oggetto dell'attività preventiva sono di seguito indicate le fattispecie di reato in materia, ossia quelle contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n. 231/2001, in parte modificate dalla Legge n. 190/2012 (che sotto si riportano) nonché quelli contemplati dal D.Lgs n. 121/2011 in tema di reati ambientali e dal D.Lgs. n. 109/2012 in tema di impiego dei cittadini di Paesi Terzi il cui soggiorno è irregolare:

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

La legge n. 190/2012 recante le Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione prevede un'articolata organizzazione sia a livello nazionale sia nelle singole Amministrazioni.

La legge individua i seguenti organi di riferimento:

A livello nazionale:

- **A.N.A.C.**: Autorità Nazionale Anticorruzione, la quale esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni, nonché il rispetto della normativa in materia di trasparenza;
- **La Corte dei Conti**: partecipa, attraverso le funzioni di controllo, all'attività di prevenzione di fenomeni corruttivi;
- **Il Comitato Interministeriale**: istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013, fornisce direttive attraverso l'elaborazione di linee di indirizzo;
- **La Conferenza Unificata**: è chiamata, attraverso apposite intese, 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**: opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e come coordinatore della loro attuazione;
- **La Scuola Nazionale di Amministrazione**: predispone 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 dal P.N.A.

All'interno della Fondazione:

- **Il Consiglio di Amministrazione**
- ✓ nomina il responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ✓ adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti ;

- **il Responsabile della prevenzione della Corruzione:**

- ✓ predispone, entro i termini stabiliti dall'ANAC, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione da presentare al Consiglio d'Amministrazione per l'adozione;
- ✓ verifica l'efficace attuazione delle misure previste dal Piano da parte dei Responsabili, nonché propone la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- ✓ individua il personale afferente alle aree a maggiore rischio corruzione da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- ✓ elabora, nei tempi stabiliti dall'ANAC la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ cura la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento, il monitoraggio annuale sull'attuazione dello stesso e la pubblicazione sul sito istituzionale.

- **i Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza:**

- ✓ svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della Corruzione, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento;
- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- ✓ svolgono attività di costante monitoraggio sulle misure previste dal P.T.P.C. trasmettendo periodicamente report sull'andamento del monitoraggio.

- **tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza:**

- ✓ svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria;
- ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ propongono le misure di prevenzione ;
- ✓ assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- ✓ adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione del personale;
- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.

- **il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni:**

- ✓ partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito della propria competenza;
- ✓ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- ✓ esprimono parere sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione;
- ✓ attesta, per quel che concerne gli obblighi di pubblicazione di dati previsti dalla legge, l'assolvimento degli stessi.

- **Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**

- ✓ - svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza;
- ✓ - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- ✓ - propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

- **tutti i dipendenti dell'amministrazione:**
  - ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
  - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
  - ✓ segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.;
  - ✓ segnalano casi di personale in conflitto di interessi.
  
- **i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:**
  - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
  - ✓ segnalano le situazioni di illecito.

- **Tavolo interaziendale anticorruzione:**

la collaborazione informale tra Enti del Servizio Sanitario Regionale ha come scopo principale la condivisione della “programmazione Anticorruzione” esistente nelle varie realtà (ASL, AO, IRCCS), finalizzata all’elaborazione di linee guida utili alla redazione di modelli diversificati sulla base della peculiarità delle singole realtà. La Fondazione Besta partecipa al gruppo di lavoro ristretto composto dagli IRCCS pubblici di Regione Lombardia (Fondazione Policlinico Milano, Fondazione Istituto dei Tumori” e Fondazione San Matteo Pavia).

Nonostante la previsione normativa concentri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi (art. 1, comma 12, l. n. 190) in capo al responsabile per la prevenzione, il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità del PTPC e delle relative misure, pertanto, al fine di realizzare la prevenzione, l’attività del responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell’organizzazione dell’amministrazione.

#### **4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2016 – 2018**

La redazione del presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, che si pone in continuità con il precedente piano, è stata curata dal Responsabile per la prevenzione della corruzione<sup>1</sup>, con il supporto dei referenti dell’anticorruzione e dei Dirigenti operanti in quelle aree individuate “sensibili” dalla Legge n. 190/2012, dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall’Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Il P.T.P.C. della Fondazione rappresenta un programma di attività con l’indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l’applicazione di ciascuna misura e dei tempi di attuazione.

Non rappresenta dunque un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l’individuazione di misure concrete atte ad un’efficace prevenzione della corruzione.

Secondo quanto riportato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 Ottobre 2015 si è provveduto ad una preliminare fase di analisi che è consistita nell’esame dell’organizzazione, delle

---

<sup>1</sup> NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: Con Deliberazione del Consiglio d’Amministrazione n. 181 del 16 Febbraio 2015, è stato nominato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Fondazione IRCCS C. Besta la Dott. ssa Sandra Bazzoni,, Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali.

sue regole e prassi di funzionamento in termini di “possibile esposizione” al fenomeno corruttivo con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

#### 4.1 ANALISI CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno e degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa è utile ad evidenziare il sistema delle responsabilità e il livello di complessità della Fondazione.

La Fondazione IRCCS Carlo Besta si pone come riferimento nel quadro sanitario regionale, nazionale ed internazionale per i vari aspetti anche super specialistici della neurologia, della neurochirurgia e della neuropsichiatria infantile, in particolare riferiti a patologie rare ed è punto di riferimento soprattutto per quei casi di elezione che richiedono capacità di diagnosi e modalità di intervento avanzate ed in continuo e rapido cambiamento, anche dal punto di vista dell'impiego di tecnologie avanzate, che possono essere garantite nel tempo proprio dai risultati dell'attività di ricerca.

Obiettivo fondamentale dell'attività complessiva della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza e innovazione scientifica, avendo come valore di riferimento la centralità della persona, sia paziente, che dipendente, che privato cittadino.

E' impegno primario degli organi dell'Istituto e di ogni sua componente organizzativa, secondo le rispettive attribuzioni, di perseguire compiutamente i fini istituzionali, assicurando la piena attuazione dei principi della correttezza e trasparenza sia amministrativa che gestionale, coniugandoli con la massima efficacia degli interventi ed efficienza nell'impiego delle risorse al fine di pervenire ad un'effettiva economicità dell'azione di governo.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta persegue le seguenti finalità fondamentali:

- ✓ svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale);
- ✓ elaborare ed attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- ✓ fornire supporto alle università (istruzione e formazione pre e post laurea);
- ✓ sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica.
- ✓ L'Istituto coniuga in modo sinergico le attività di ricerca scientifica, di diagnosi e cura – che danno origine ad un continuo miglioramento dell'efficacia terapeutica – nell'ambito della neurologia clinica e di base e si occupa dei disturbi neurologici dell'adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche, delle malattie croniche e rare.

La struttura organizzativa della Fondazione e i correlati livelli di responsabilità sono definiti dalla L.R. n. 33/2009 “Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di sanità”, come modificata e integrata dalla L.R. n. 23 del 11 Agosto 2015, dal D. Lgs. 288 del 16 ottobre 2003, dallo Statuto della Fondazione.

Ai sensi dell'art. 11 dello Statuto sono Organi della Fondazione:

- ✓ Il Consiglio di Amministrazione;
- ✓ Il Presidente;
- ✓ Il Direttore Generale;
- ✓ Il Direttore Scientifico;

✓ *Il Collegio Sindacale.*

Il macro assetto organizzativo si completa con la Direzione Amministrativa e la Direzione Sanitaria, che insieme alla Direzione Generale compongono la Direzione Strategica, ed i Dipartimenti, a loro volta articolati in Unità Operative Complesse (UOC), Strutture Semplici (S.S.) e Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD).

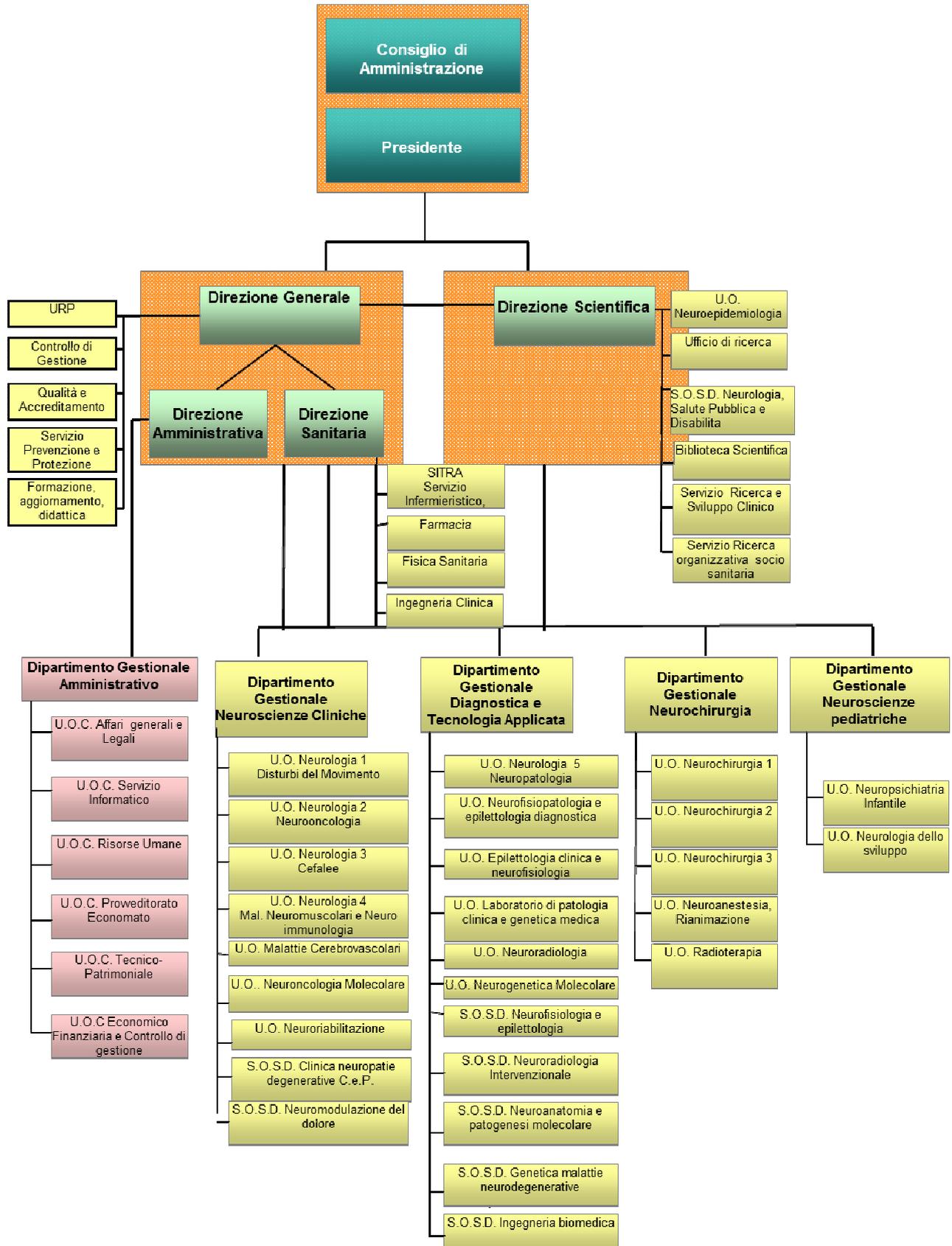
Coadiuvano l'attività della Direzione Generale e della Direzione Scientifica rispettivamente il Collegio di Direzione e il Comitato Tecnico-Scientifico.

I rapporti tra i vari livelli organizzativi sono funzionali al raggiungimento degli obiettivi posti dai piani e programmi dell'Istituto determinati dal CdA nonché degli indirizzi di politica gestionale definiti in sede nazionale e regionale e quindi delle relative compatibilità anche di ordine finanziario.

Le relative attribuzioni gestionali, organizzative e funzionali sono esplicitate nel *Piano di Organizzazione Aziendale*, nonché in ogni altra specifica disposizione di legge e/o regolamentare che individua specifiche attribuzioni e responsabilità.

L'Organigramma della Fondazione definisce sinteticamente l'articolazione organizzativa ed i rapporti gerarchici in essere.

## Organigramma Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"



## 4.2 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT

Per “gestione del rischio” si intende l’insieme delle attività preordinate tenere sotto controllo i rischi dell’amministrazione.

L’aggiornamento della mappatura dei settori a rischio e l’analisi dei rischi individuati si è svolta secondo le principali fasi di seguito descritte:

- **Mappatura dei processi:** individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase.
- **Valutazione del rischio:** si intende l’insieme delle seguenti azioni:
  - ✓ identificazione del rischio: consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi nell’ambito dei processi selezionati a valle nella fase di mappatura.
  - ✓ L’attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione
  - ✓ Al fine di individuare in maniera corretta e puntuale il livello di rischio ciascun referente o dirigente, anche su impulso del responsabile, propone per la propria area di competenza l’identificazione dei possibili rischi.
  - ✓ analisi del rischio: consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze prodotte (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.
  - ✓ la ponderazione del rischio: consiste nel considerare il rischio alla luce dell’analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e le urgenze del trattamento. L’analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell’analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio.

Una delle esigenze a cui il presente Piano deve tendere è l’implementazione di un sistema di Risk assessment partendo dalle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione.

Quale attività preliminare all’aggiornamento del presente Piano 2016 – 2018 si evidenzia in particolare la revisione della mappatura del rischio effettuata secondo il processo di seguito specificato.

Nell’ambito dell’organizzazione sopra descritta e per la specificità dell’attività svolta dalla Fondazione, in conformità delle indicazioni sancite dalla Legge 190 del 2012, dal P.N.A. e dall’Aggiornamento 2015 al P. N. A. (Determinazione ANAC n.12 del28 Ottobre 2015), sono state individuate le seguenti aree potenzialmente a “rischio corruzione”:

### AREE GENERALI DI RISCHIO

- Acquisizione e progressione del personale
- Area di Rischio Contratti Pubblici
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto

- ed immediato per il destinatario
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

### **AREE DI RISCHIO SPECIFICHE**

- Attività libero professionale e liste d'attesa

Si indicano di seguito le aree di rischio specifiche da analizzare e mappare nei prossimi PTPC:

- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:

La Fondazione è priva di locali idonei da utilizzare al fine di tenere in osservazione per almeno 24 ore dall'avvenuto decesso i cadaveri dei pazienti deceduti presso la Fondazione stessa. A tal fine è stata stipulata apposita convenzione con il Settore Servizi Funebri e Cimiteriali del Comune di Milano per il servizio di prelievo e trasporto delle salme decedute.

Si da atto che la Fondazione in data 27 /11/2013 ha adottato la procedura PR19 “procedura per la gestione del paziente deceduto”, pertanto, da un'analisi effettuata, si ritiene allo stato attuale di non inserire tale attività tra quelle a rischio corruttivo per l'anno 2016.

Nell'elaborazione del prossimo Piano di Prevenzione della Corruzione verranno effettuati ulteriori approfondimenti in merito.

- Rapporti contrattuali con privati accreditati

Da un'analisi effettuata la Fondazione ha ritenuto di non inserire tale attività nel processo di mappatura del rischio in quanto allo stato attuale non è potenzialmente esposta a tale rischio corruttivo.

Nell'elaborazione dei prossimi piani verrà analizzata nuovamente l'attività svolta e la relativa mappatura dei processi afferenti a tale area.

- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Le attività svolte nell'ambito di tale area saranno analizzate compiutamente in occasione della redazione dell'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019.

Per la mappatura del rischio dei singoli processi analizzati si è utilizzata la “tabella Valutazione del Rischio” di cui all’allegato n. 5 del P.N.A. sotto riportata:

### TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<p><b>Discrezionalità</b>  <b>Il processo è discrezionale?</b>            No, è del tutto vincolato <b>1</b>            E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi <b>2</b>            (regolamenti, direttive, circolari)            E' parzialmente vincolato solo dalla legge <b>3</b>            E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi <b>4</b>            (regolamenti, direttive, circolari)            E' altamente discrezionale <b>5</b></p>	<p><b>Impatto organizzativo</b>  <b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio</b> (unità organizzativa semplice) <b>competente a svolgere il processo</b> (o la fase di processo di competenza della p.a.) <b>nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo?</b> (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)            Fino a circa il 20% <b>1</b>            Fino a circa il 40% <b>2</b>            Fino a circa il 60% <b>3</b>            Fino a circa l'80% <b>4</b>            Fino a circa il 100% <b>5</b></p>
<p><b>Rilevanza esterna</b>  <b>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</b>            No, ha come destinatario finale un ufficio interno <b>2</b>            Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento <b>5</b></p>	<p><b>Impatto economico</b>  <b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</b>            No <b>1</b>            Sì <b>5</b></p>
<p><b>Complessità del processo</b>  <b>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</b>            No, il processo coinvolge una sola p.a. <b>1</b>            Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni <b>3</b>            Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni <b>5</b></p>	<p><b>Impatto reputazionale</b>  <b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b>            No <b>0</b>            Non ne abbiamo memoria <b>1</b>            Sì, sulla stampa locale <b>2</b>            Sì, sulla stampa nazionale <b>3</b>            Sì, sulla stampa locale e nazionale <b>4</b>            Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale <b>5</b></p>
<p><b>Valore economico</b>  <b>Qual è l'impatto economico del processo?</b>            Ha rilevanza esclusivamente interna <b>1</b>            Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) <b>3</b>            Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) <b>5</b></p>	<p><b>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</b>  <b>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</b>            A livello di addetto <b>1</b>            A livello di collaboratore o funzionario <b>2</b>            A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa <b>3</b>            A livello di dirigente di ufficio generale <b>4</b>            A livello di capo dipartimento/segretario generale <b>5</b></p>
<p><b>Frazionabilità del processo</b>  <b>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</b>            No <b>1</b>            Sì <b>5</b></p>	
<p><b>Controlli (3)</b>  <b>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</b>            Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione <b>1</b>            Sì, è molto efficace <b>2</b>            Sì, per una percentuale approssimativa del 50% <b>3</b>            Sì, ma in minima parte <b>4</b>            No, il rischio rimane indifferente <b>5</b></p>	

L'analisi del rischio così condotta, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze prodotte (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del Livello di Rischio. Il Livello di Rischio, determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'Impatto, è rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

Applicando la metodologia dell'Allegato 5 del PNA, sopra riportato, il **VALORE COMPLESSIVO DEL RISCHIO** è la risultante del prodotto dei seguenti fattori:

- ✦ Valori della probabilità (0 nessuna probabilità, 1 improbabile, 2 poco probabile, 3 probabile, 4 molto probabile, 5 altamente probabile);
- ✦ Valori dell'impatto (0 nessun impatto, 1 marginale, 2 minore, 3 soglia, 4 serio, 5 superiore);

Si può considerare coerente la seguente ponderazione del **VALORE COMPLESSIVO DEL RISCHIO** (RANGE 1-25):

BASSO	MEDIO	ALTO
da 1 a 3	da 3.01 a 12	da 12.01 a 25

**Rischio basso:** - Valore inferiore a 3.01 - le azioni già messe in atto dalla Fondazione sono sufficienti a rendere il rischio accettabile. Il rischio è cioè stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata; non richiede interventi nel breve periodo ma solo azioni tese ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.

**Rischio medio:** - Valore compreso fra 3.01 e 12 - richiede attenzione, approfondimento delle misure di controllo, la necessità di proceduralizzare tutte le fasi del processo, diminuzione della discrezionalità, aumento dei livelli di controllo, implementazione della formazione del personale.

**Rischio alto:** - Valore maggiore di 12.01 - richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza, a prevedere procedure per eliminare per quanto possibile ogni discrezionalità, a provvedere nel breve periodo alla formazione specifica del personale, a prevedere la rotazione del personale.

La stima della probabilità ha tenuto conto, tra gli altri fattori, dei sistemi di controllo per la riduzione del rischio già vigenti nella Fondazione.

Pertanto la stima della probabilità è stata effettuata non tanto con riferimento all'esistenza in astratto di un rischio o del possibile controllo, ma alla concreta realtà della Fondazione.

L'analisi effettuata ha portato ad una valutazione complessiva "che il rischio si verifichi in termini di probabilità ed impatto" di valore medio, non evidenziando all'interno della Fondazione aree ad alto rischio come meglio evidenziato nell'allegato I "**tabella mappatura ed analisi del rischio**"

#### 4.3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E GESTIONE DEL RISCHIO.

La fase di gestione del rischio è la fase tesa ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dalla Fondazione.

La Fondazione "Carlo Besta" ritiene il "controllo" uno strumento di primaria importanza per la prevenzione e l'individuazione di comportamenti potenzialmente idonei a determinare condotte a rischio di corruzione.

L'articolo 1, comma 10, lettera A) della legge n. 190/2012 prevede che il Responsabile della prevenzione della corruzione provveda alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione.

Con l'obiettivo di adempiere alla suddetta verifica, il Responsabile della prevenzione della corruzione si avvale di una serie di referenti all'interno della Fondazione. In particolare, si individuano i seguenti soggetti, che si occupano di garantire un flusso di informazioni continuo al Responsabile della prevenzione della corruzione affinché lo stesso possa costantemente vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano:

REFERENTE	SERVIZIO/UFFICIO/U.O.C DI APPARTENENZA
FRACCARI SONIA	DIREZIONE SANITARIA
NARDOCCI NARDO	UU.OO. SANITARIE
AROSIO ALBERTA	PROVVEDITORATO-ECONOMATO
VINCENZI LOREDANA	DIREZIONE SCIENTIFICA
LA FAUCI DANILO	TECNICO-PATRIMONIALE
GERVASI CINZIA	ECONOMICO-FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE
CASAZZO TEODORO	RISORSE UMANE
CARNELLI ANGELO	AFFARI GENERALI E LEGALI

Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure contenute nel documento di mappatura del rischio, mediante incontri che verranno di volta in volta programmati negli anni di riferimento del presente piano.

I referenti devono inviare periodicamente al responsabile report sull'attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nell'**allegato I "tabella mappatura ed analisi del rischio"**.

Le specifiche modalità di controllo e di monitoraggio con l'indicazione dei tempi di realizzazione sono descritte nell'**allegato I "tabella mappatura ed analisi del rischio"**

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

- ⇒ fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o UPD se si tratta di Dirigenti;
- ⇒ fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativa/danno erariale: denuncia alla Corte dei Conti;
- ⇒ fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

## 5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2016 - 2018

### 5.1 CODICE DI COMPORTAMENTO

Con la modifica dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, la legge n. 190/2012 ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *"al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico"*. In attuazione di tale delega il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, recante il *"Codice di comportamento dei dipendenti pubblici"*.

La Fondazione, in conformità al citato D.P.R., ha adottato con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. 117 del 28 Gennaio 2014 il Codice della Fondazione che si richiama integralmente quale strumento per la verifica periodica del livello di attuazione dello stesso piano.

Il suddetto Codice rappresenta una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti esteso a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi ed incarichi negli uffici di diretta collaborazione degli organi della Fondazione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore della Fondazione e per tal via indirizzano l'azione amministrativa.

A partire da tale *"Codice di comportamento"*, si è provveduto ad operare alcuni adattamenti alle particolarità della Fondazione, quale misura di prevenzione della corruzione a livello decentrato, così come indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Lo stesso costituisce elemento essenziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

La stessa legge 190/2012 chiarisce che la violazione delle regole del Codice generale approvato con D.P.R. 62/2013 e dei Codici adottati da ciascuna Amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare. Quindi le norme del codice di comportamento integrano le norme del codice disciplinare previsto dal CCNL di ogni area contrattuale.

Nel Codice di Comportamento adottato dalla Fondazione è atteso, 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.

## 5.2 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE

La Fondazione, in occasione della definizione del ciclo della *performance*, individua obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione nonché i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del P.T.P.C..

L'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel P.T.P.C. occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della Relazione delle *performances*.

## 5.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE

Il *Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)* previsto dalla Legge n. 190/2012, in particolare l'allegato I, punto B.5., suggerisce in generale la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione ed inoltre la specifica misura preventiva della rotazione "in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente".

In particolare, da incontri con la Direzione Strategica è emerso che la rotazione risulta molto problematica in considerazione delle dimensioni organizzative della Fondazione, delle professionalità caratterizzate da elevata specializzazione esistenti in Istituto, e dalla presenza di un solo dirigente per U.O. al quale è richiesta una specifica competenza tecnica nella materia.

Nel periodo di validità del presente Piano (2016 – 2018) si prevede di procedere come segue:

- anno 2016: verifica, attraverso incontri con la Direzione Strategica e i Dirigenti interessati, ai fini della predisposizione della rotazione;
- anno 2017: se sussistono le condizioni: avvio della sperimentazione della rotazione.
- anno 2018: se sussistono le condizioni: proseguimento della rotazione.

## 5.4 GESTIONE CONFLITTO D'INTERESSE

I dipendenti della Fondazione, ai sensi della L. n. 190/2012, sono tenuti a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare,

nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo. A tal fine:

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

✓ Per tutte le fattispecie elencate nel precedente comma 1, il dipendente deve comunicare per iscritto al proprio responsabile ovvero, laddove si tratti di dirigenti apicali, al Responsabile della prevenzione della corruzione della Fondazione, le motivazioni per le quali ritenga di esercitare la suddetta astensione. Sull'astensione decide il responsabile dell' Ufficio/Servizio/Unità Operativa di appartenenza ovvero, laddove si tratti di dirigenti apicali, il Responsabile della prevenzione della corruzione della Fondazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione predispone annualmente un report con la descrizione delle segnalazioni ricevute e delle misure adottate dai diversi responsabili/direttori.

Dall'esame dei report dell'attività di monitoraggio relativi all'anno 2015, agli atti del Responsabile della Prevenzione della corruzione, non sono emerse criticità.

A tal fine nel corso dell'anno 2016 sarà cura del Responsabile inviare a tutti i dipendenti della Fondazione apposita informativa relativa alle gestione del conflitto d'interessi.

#### **5.5 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001**

L'articolo 53, comma 3 bis, del Decreto Legislativo n. 165/2001 prevede che *“con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2”*.

L'U.O.C. Risorse Umane di concerto con la U.O.C. Affari Generali e Legali ha rielaborato una bozza di regolamento che disciplina *“L'incompatibilità e l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001”*, che sarà sottoposta nel corso del 2016 al Consiglio d'Amministrazione per l'adozione.

#### **5.6 DIVIETO DI SVOLGERE ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO – PANTOUFLAGE**

La Legge n. 190 del 2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

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.”*

A tal fine la Fondazione provvede ad acquisire dal dipendente dimissionario il relativo modulo di rassegnazione delle dimissioni integrato con apposita informativa circa il divieto sopra citato, debitamente sottoscritto.

#### **5.7 INCOMPATIBILITÀ' E INCONFERIBILITÀ'**

La Fondazione, per il tramite del Responsabile della prevenzione della corruzione, verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo amministrativo di vertice intende conferire un incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai capi III e IV del d.lgs. n. 39/2013.

Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000 su apposito modulo pubblicato sul sito della Fondazione (art. 20 d.lgs. n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, la Fondazione si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'articolo 17 del Decreto Legislativo n.39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'articolo 18 del medesimo decreto.

Ai sensi della Delibera ANAC 149 del 22 Dicembre 2014 La Fondazione, per il tramite dell'U.O.C. Risorse Umane, provvede ad acquisire la dichiarazioni sostitutiva di inconferibilità e dichiarazione annuale di incompatibilità del Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, e per la specificità della Fondazione, del Presidente e dei membri del Consiglio di Amministrazione.

Per l'anno 2016 – 2017 – 2018: report annuale che evidenzia i risultati dei controlli

#### **5.8 CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI**

Ai fini dell'applicazione dell'articolo 35 bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e dell'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 39 del 2013, la Fondazione, per il tramite della U.O.C. Risorse Umane di concerto con Il responsabile della Prevenzione della Corruzione, verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- ✓ all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di lavori, forniture e servizi o di commissioni di concorso;
- ✓ all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 39 del 2013;
- ✓ all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'articolo 35 bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001;
- ✓ all'entrata in vigore dei citati articoli 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (articolo 20 del Decreto Legislativo n. 39 del 2013).

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la Pubblica Amministrazione, la Fondazione:

- ✓ si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- ✓ applica le misure previste dall'art. 3 del Decreto Legislativo n. 39 del 2013;
- ✓ provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.
- ✓ la revoca dell'incarico

Nell'anno 2015 è stata predisposta una Istruzione Operativa al fine di procedere con i controlli sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità.

Per gli anni 2016 – 2017 – 2018 verrà predisposto un documento di sintesi che evidenzia i risultati dei controlli effettuati nel triennio sulla base della citata Istruzione Operativa.

## **5.9 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 798 del 23 Dicembre 2014 la Fondazione ha adottato la "Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità – Whistleblowing policy".

Come previsto dalla L. 190/2012, comma 51 ("Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"), la Fondazione ha reso disponibili strumenti che consentano la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il *whistleblower* è colui che testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o ad un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità.

Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico. Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine della Fondazione, le segnalazioni sono indirizzate al

Responsabile della prevenzione della corruzione, al Responsabile della struttura di appartenenza e/o all'ANAC e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Nel corso dell'anno 2015 è stata inviata relativa informativa a tutto il personale della Fondazione.

Nel corso dell'anno 2016 la procedura sarà consegnata a tutto il personale neoassunto e, in occasione della programmazione periodica dei corsi per i neoassunti, l'argomento interessato sarà oggetto di specifica trattazione nell'ambito della sezione afferente la Prevenzione della Corruzione e dell'Illegalità.

#### **5.10 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO.**

Il *Responsabile Anticorruzione* richiede entro il 31 gennaio di ogni anno, al RUP di ciascun procedimento amministrativo, lo stato dei singoli procedimenti di competenza e il rispetto del relativo termine per la conclusione previsto dalla Legge. A tal fine il Responsabile acquisisce da parte di ciascun Servizio/Ufficio/U.O. un prospetto riepilogativo dei procedimenti amministrativi dell'anno precedente conclusi oltre i termini e quelli non ancora conclusi, nel quale debbono essere indicati data di inizio, durata complessiva e data di conclusione effettiva per quelli terminati e prevista per quelli in itinere, nonché il termine di conclusione previsto dalla legge, nonché le ragioni del ritardo per i procedimenti nei quali i termini sono stati violati.

#### **5.11 PREDISPOSIZIONE DI PATTI DI INTEGRITÀ E DEI PROTOCOLLI DI LEGALITÀ PER GLI AFFIDAMENTI**

I patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano degli strumenti la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto.

Costituiscono entrambi utili strumenti pattizi per contrastare il fenomeno delle infiltrazioni mafiose nelle attività economiche finalizzati alla prevenzione del fenomeno corruttivo, e consentono a tutti i soggetti (privati e pubblici) di poter lealmente confrontarsi.

Mediante l'accettazione di tali documenti l'impresa concorrente accetta regole che rafforzano comportamenti già doverosi che prevedono, in caso di violazione di tali doveri sanzioni di carattere patrimoniale e la estromissione dalla gara.

Per tutte le procedure di gara la Fondazione provvede ad allegare alla documentazione il patto di integrità che deve essere sottoscritto dai partecipanti per presa visione.

Per le procedure di gara sopra la soglia comunitaria le aziende, in sede di presentazione dell'offerta, allegano alla documentazione oltre al patto di integrità anche il protocollo di legalità debitamente sottoscritti per accettazione.

Annualmente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il supporto dei referenti delle aree interessate provvede a redigere il report di controllo.

#### **5.12 STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I CONTRAENTI**

Il *Responsabile Anticorruzione* verifica:

- ✓ che nella documentazione contrattuale e nel sito internet della Fondazione siano indicati con chiarezza i riferimenti ai provvedimenti della Fondazione in materia di etica e di anticorruzione e le relative conseguenze (Patto di integrità, cfr. art. 1, comma 17 della Legge n. 190/2012).
- ✓ la presenza nel sito web istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al D.P.R. n. 445/2000, e per ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.
- ✓ il regolare funzionamento del suddetto servizio mediante il coinvolgimento della competente Struttura (UOC Servizio Informatico)

### **5.13 PROGRAMMA BIENNALE DEGLI INVESTIMENTI.**

Ai sensi dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2016 (L. 208/2015) le amministrazioni pubbliche devono approvare, entro il mese di ottobre di ciascun anno, il programma biennale degli investimenti e i suoi aggiornamenti annuali. Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, indica le prestazioni oggetto dell'acquisizione, la quantità, ove disponibile, il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche.

Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alle strutture e agli uffici preposti al controllo di gestione, nonché pubblicati sul profilo del committente dell'amministrazione e sul sito informatico presso l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture presso l'Autorità nazionale anticorruzione.

La violazione delle previsioni di cui ai precedenti periodi è valutabile ai fini della responsabilità amministrativa e disciplinare dei dirigenti, nonché ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla performance.

***Ulteriori misure per la prevenzione della corruzione saranno introdotte nell'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019.***

## **6. INIZIATIVE FORMATIVE ADOTTATE NEL PIANO ANTICORRUZIONE**

Il presente Piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, in conformità con le indicazioni di cui al punto B.13 del PNA e relativo Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, individua vari stadi di attuazione della formazione, nella consapevolezza dell'importanza cruciale da essa rivestita ai fini preventivi.

Alla luce dell'attività formativa già svolta in adempimento del precedente piano, rivolta in particolare al personale operante nelle aree a rischio "incarichi e personale" e "contratti pubblici", e del buon esito della stessa, la Fondazione intende proseguire nel percorso formativo intrapreso ritenendolo prioritario ai fini della prevenzione dell'illegalità.

In particolare per tali profili, per il triennio 2016-2018, verrà programmata un'attività formativa di carattere estremamente pratico e operativo con il diretto coinvolgimento e la partecipazione attiva del personale operante nelle citate aree sensibili, secondo il seguente programma indicativo che sarà suscettibile di possibili modifiche a fronte della pianificazione del Piano di Formazione annuale della Fondazione:

- *2016 attività formativa area “contratti pubblici – scelta del contraente”*: verifica procedimenti a campione – legittimità dei procedimenti, motivazione degli atti, presupposti delle procedure, effettività della prevenzione (es. presupposti affidamenti diretti, motivazione, verifica anomalia dell’offerta, motivazione autotutele, modalità stipula del contratto, rispetto c.d. “stand still”);
- *2017 attività formativa area “contratti pubblici -esecuzione contrattuale”*: verifica a campione esecuzione contratti, nomina DEC, esercizio effettivo delle funzioni, contestazioni contrattuali, applicazione penali, risoluzioni, contenziosi;
- *2018 attività formativa area “incarichi e nomine: acquisizione e progressione del personale”*: verifiche a campione procedimenti selettivi, tipologie contrattuali, anche afferenti alla ricerca, gestione dei contratti, contenziosi anche giudiziali.

Le attività formative anzidette, potranno essere, come già in precedenza, organizzate in collaborazione con la Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori o nell’ambito del tavolo interaziendale ristretto degli IRCCS, di cui si è detto innanzi

## 7. RESPONSABILITÀ

Le misure di prevenzione e di contrasto alla corruzione adottate con il presente P.T.P.C., devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non, nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza in rapporto convenzionale o borsista.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal P.T.P.C. 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).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha la facoltà di segnalare gli inadempimenti all’ANAC ai fini dell’attivazione delle altre forme di responsabilità (D.Lgs. 33/2013, art. 43).

Di seguito si esplicitano le responsabilità previste dalla L. 190/2012 in capo alle seguenti figure:

- **Responsabile della Prevenzione della Corruzione:**

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile dell’Anticorruzione sono previste significative responsabilità in caso di inadempimento:

- ✓ responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del PTPC e mancata adozione delle misure per la selezione e per la formazione dei dipendenti;
- ✓ 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;
- ✓ responsabilità dirigenziale e disciplinare per omesso controllo in caso di ripetute violazioni del PTPC;
- ✓ 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 del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità.

- **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 sia del personale che della dirigenza per la quale si rinvia al Codice di Comportamento.

- **Dirigenti per omissione totale o parziale per ritardi nelle pubblicazioni prescritte**

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, totale o parziale,

- ✓ costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1 comma 1 del D. Lgs. 198/2009,
- ✓ va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. lgs n. 165/2001
- ✓ eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

## 8. SANZIONI

Per quanto non già espressamente previsto dal presente Piano, ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione concretamente applicabile, si rimanda a quanto previsto dall'art. 1 comma 14 e comma 33 della L. 190/2012, ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni ivi contenute, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento della Fondazione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa e/o contabile del pubblico dipendente.

Tale violazione è 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.

## **Sezione 2 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' PTT – 2016 – 2018**

### **I. FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO “CARLO BESTA”**

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”, di rilievo nazionale, si configura statutariamente quale Fondazione di partecipazione, nella quale assumono particolare rilevanza i soggetti rappresentati in seno al Consiglio di Amministrazione; la Fondazione Besta annovera tra i Fondatori la Regione Lombardia, il Ministero della Salute e il Comune di Milano che hanno in seno al Consiglio di Amministrazione una specifica rappresentanza.

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

Il 15 luglio 2006 l'Istituto Neurologico “Carlo Besta”, fondato nel 1918, e classificato dal 1981 come Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è stato trasformato in Fondazione IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico, ai sensi del decreto legislativo n. 288 del 2003. L'attività della Fondazione è disciplinata dallo Statuto approvato con Decreto del Ministero della Salute il 28 aprile 2006.

Nel giugno 2009 è stata stipulata una convenzione che sancisce l'ingresso della Fondazione Mariani nella Fondazione Carlo Besta quale primo partecipante privato al fianco dei fondatori pubblici (Ministero della Salute, Regione Lombardia e Comune di Milano).

Nel quadro sanitario regionale e nazionale, la Fondazione IRCCS “Carlo Besta” si pone quale Polo di eccellenza per la ricerca e la cura delle più significative malattie neurologiche.

Il Besta coniuga in modo sinergico le attività di ricerca scientifica, di diagnosi e cura – che danno origine ad un continuo miglioramento dell'efficacia terapeutica – nell'ambito della neurologica clinica e di base e si occupa dei disturbi neurologici dell'adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche, delle malattie croniche e rare.

L'Istituto è riferimento Nazionale e Regionale di numerosi centri ultraspecialistici per il trattamento di disturbi neurologici specifici.

Obiettivo fondamentale dell'attività complessiva della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza e innovazione scientifica avendo come valore di riferimento la centralità della persona.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta” persegue le seguenti finalità fondamentali: assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale); elaborazione ed attuazione di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria; supporto alle Università (istruzione e formazione pre e post laurea); sperimentazione di forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica.

### **2. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE**

#### **• La Presidenza della Fondazione ed il Consiglio d'Amministrazione**

Il Consiglio d'Amministrazione (C.d.A.) è l'Organo di vertice della Fondazione.

Nomina il Presidente che rappresenta l'Ente all'esterno: sotto la sua guida, il C.d.A. esercita le funzioni d'indirizzo e di controllo che gli sono attribuite dallo Statuto. La presenza di questo

organo è la testimonianza più evidente della nuova veste giuridica e dell'autonomia gestionale dell'Istituto.

Segreteria di Presidenza

Tel. 02 2394 2010/2110 - Fax 02 23942980 - [presidenza@istituto-besta.it](mailto:presidenza@istituto-besta.it)

- **La Direzione Generale**

Alla Direzione Generale sono assegnate dallo Statuto funzioni gestionali ad ampio spettro: dagli aspetti finanziari, alla gestione tecnica e amministrativa, fino all'organizzazione aziendale. Con queste competenze la Direzione generale è deputata ad attuare gli obiettivi fissati dal CdA. La Direzione generale è una direzione gestionale che comprende al suo interno la Direzione Amministrativa e la Direzione Sanitaria.

Segreteria di Direzione Generale e Amministrativa

Tel. 02 23942310 - Fax 02 23942531 - [dirgen@istituto-besta.it](mailto:dirgen@istituto-besta.it)

- **La Direzione Scientifica**

La Direzione Scientifica coordina la ricerca scientifica, una delle due anime della Fondazione "Carlo Besta". Le attività si articolano in cinque linee operative: la ricerca biologica di base, la ricerca tecnologica strumentale, le terapie innovative, la ricerca clinica, la ricerca sanitaria e degli impatti sociali della diagnosi, della cura e della prevenzione.

Segreteria di Direzione Scientifica

Tel. 02 23942335 - Fax 02 2363973 - [dirsci@istituto-besta.it](mailto:dirsci@istituto-besta.it)

### **Piano di Organizzazione Aziendale**

Il POA (Piano di Organizzazione Aziendale) con il quale viene definita nel dettaglio ed aggiornata la struttura organizzativa della Fondazione IRCCS "Carlo Besta" è consultabile e scaricabile dal sito web della Fondazione [www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it) nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## **3. MISSION DELLA FONDAZIONE**

La Fondazione "Carlo Besta" ha una duplice finalità: da un lato l'attività di assistenza sanitaria; dall'altro la ricerca biomedica e socio-sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, nel rispetto delle indicazioni di un Comitato Etico indipendente. Tutto ciò ispirato ai moderni criteri della clinical governance: è il paziente, con i suoi familiari, il fulcro di ogni attività, di ogni attenzione e di ogni sforzo, dei medici e di tutto il personale infermieristico e sanitario.

Dalla diagnosi alla individuazione dei trattamenti terapeutici opera la preziosa sinergia clinica e ricerca scientifica, anche con la collaborazione di altri Istituti Nazionali e Internazionali. In questo quadro, il "Besta" offre il valore aggiunto della formazione professionale e dell'educazione in ambito sanitario: comunicazione, informazione e divulgazione scientifica, per favorire il progresso della conoscenza nelle neuroscienze.

## **4. TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE**

Come sancito dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013, la trasparenza è intesa come 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.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una Amministrazione aperta, al servizio del cittadino. In tale direzione, il presente documento si propone di dare completa attuazione alla disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione sia di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. La Fondazione "Carlo Besta", attraverso la stesura del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, redatto secondo le indicazioni fornite dal D.lgs. n. 33 del 2013, rende note le iniziative intraprese in una sorta di dichiarazione programmatica di intenti volte a far permeare la cultura della trasparenza come valore imprescindibile. In ottemperanza ai principi di buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della Fondazione con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Inoltre il D.lgs 33/2013, all'art. 10, ha previsto tra altro che *"Le misure del Programma Triennale sono collegate, sotto l'indirizzo del responsabile, con le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione. A tal fine, il Programma costituisce di norma una sezione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione"*.

## 5. TEMPI DI ATTUAZIONE

Si riporta di seguito la ripartizione delle attività del programma:

- Per l'anno 2016: eventuale aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità.
- Per l'anno 2017: eventuale aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità.
- Per l'anno 2018: eventuale aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

## 6. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA

Elementi di particolare importanza nella realizzazione dell'obiettivo "trasparenza amministrativa" sono:

### ✓ **Sito Internet Istituzionale**

La Fondazione "Carlo Besta" prevede, come strumento essenziale per l'attuazione dei principi di trasparenza e integrità, lo sviluppo e periodica implementazione del proprio sito internet [www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it). Il sito si prefigge lo scopo di informare gli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, ecc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi resi. E' presente sulla home-page del sito istituzionale la sezione

“Amministrazione trasparente”, che raggruppa documenti ed informazioni relativi ai dati per i quali la legge richiede l’obbligo di pubblicazione.

✓ **Posta Certificata**

Tra gli adempimenti richiamati nel Programma triennale per la trasparenza e l’integrità rientra la previsione e l’utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

In conformità alle disposizioni di legge, la Fondazione si è dotata di casella PEC ([protocollo@pec.istituto-besta.it](mailto:protocollo@pec.istituto-besta.it)), presente nella homepage del sito internet.

La PostaCertificat@ è un servizio di comunicazione elettronica tra Cittadino e Pubblica Amministrazione. Il servizio è offerto a titolo gratuito. Attraverso la PostaCertificat@ ogni cittadino può dialogare in modalità sicura e certificata con la Pubblica Amministrazione comodamente da casa o con qualsiasi dispositivo in grado di connettersi ad internet senza recarsi presso gli Uffici della Pubblica Amministrazione per:

- richiedere/inviare informazioni alle Pubbliche Amministrazioni
- inviare istanze/documentazione alle Pubbliche Amministrazioni
- ricevere documenti, informazioni, comunicazioni dalle Pubbliche Amministrazioni.

✓ **Carta Dei Servizi**

La “Carta dei Servizi” è il mezzo attraverso il quale “qualsiasi soggetto” che eroga un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti in capo al cittadino-utente-consumatore. Attraverso la Carta dei Servizi i soggetti erogatori di servizi pubblici si impegnano, dunque, a rispettare determinati standard qualitativi e quantitativi, con l’intento di monitorare e migliorare le modalità di fornitura e somministrazione.

✓ **Albo Pretorio on line**

In applicazione della L. n.69/2009, è on-line l’Albo Pretorio dei provvedimenti adottati dall’Amministrazione.

✓ **Accesso civico**

La Fondazione “Carlo Besta” è impegnata nella messa in atto di iniziative finalizzate ad assicurare la piena disponibilità del diritto di accesso a tutti i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l’obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Il Decreto Legislativo 33/2013 introduce un nuovo istituto denominato Accesso Civico, tale istituto prevede l’obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di rendere noti ai cittadini i propri dati, documenti ed informazioni, laddove sia stata omessa la loro pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale. L’accesso civico è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito, non deve essere motivato. La richiesta di accesso civico può essere presentata al Responsabile della Trasparenza. L’Amministrazione, entro il termine di 30 giorni, verifica la sussistenza dell’obbligo di pubblicazione e, in caso positivo, provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni oggetto della richiesta nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale [www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it). Provvede, inoltre, a dare comunicazione della avvenuta pubblicazione al richiedente. Se quanto richiesto risulta già pubblicato, ne dà comunicazione al richiedente. La richiesta di accesso civico comporta, da parte del Responsabile della Trasparenza, l’obbligo di

segnalazione dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio per i procedimenti disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti all'organo amministrativo di vertice, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'articolo 24, comma 1 e 6, della Legge 7 agosto 1990, n. 241.

✓ **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**

L'URP svolge, in tema di coinvolgimento dei "portatori di interesse" (cittadini fruitori dei servizi sanitari, familiari, informal caregivers - ossia le persone che accudiscono, quali badanti, volontari che collaborano nel supporto durante i processi di assistenza - organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di volontariato, ecc.), un'attività fondamentale per la Fondazione.

L'Ufficio ha compiti di facilitazione delle relazioni istituzionali e di promozione e sviluppo delle attività della Fondazione nei confronti di target definiti, con particolare attenzione dedicata all'utenza.

Collabora alle diverse iniziative per la valorizzazione del rapporto con l'utenza, finalizzandole alle linee programmatiche determinate in sede di CdA e correlandosi con la funzione di Comunicazione rapporti con i media configurata quale Ufficio di Staff della Presidenza.

L'URP ha il compito di far conoscere agli Utenti/Clienti le prestazioni che la Fondazione è in grado di erogare e di assicurare agli stessi informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

A tale scopo:

- facilita l'accesso attraverso informazioni sulle attività ed i servizi erogati;
- raccoglie e gestisce reclami e segnalazioni;
- coordina l'indagine annuale di Customer Satisfaction;
- effettua relazioni periodiche alla Direzione Generale su reclami e segnalazioni per il miglioramento dei servizi;
- collabora con le Associazioni di volontariato operanti presso la Fondazione;
- collabora con l'Ufficio Stampa e Comunicazione relativamente alle iniziative di comunicazione interna/esterna;
- supporta le attività di fund raising della Fondazione;
- supporta la Presidenza nella gestione del logo istituzionale della Fondazione e nella Supervisione sul suo corretto utilizzo;
- coordina il Comitato redazionale del periodico istituzionale INNBESTA e il gruppo di lavoro per la gestione del sito internet e della rete intranet aziendale supervisiona la video-informazione istituzionale.

Ufficio	sede via Celoria, 11
Tel	02.2394.2292
Fax	02.70638217
E.mail	<a href="mailto:urp@istituto-besta.it">urp@istituto-besta.it</a>
Orari di sportello	da lunedì a venerdì 9.00/13.00 - 14.00/15.00

## 7. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, la cui adozione è disposta anche per gli Enti del S.S.N., al fine di assicurare e garantire elevati standards qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale. La finalità è quella di rendere partecipe la collettività, ed in particolare gli utenti del S.S.R. dei più interessanti e performanti obiettivi che la Fondazione si è prefissa di raggiungere sia nell'anno che nel triennio, garantendo trasparenza ed ampia diffusione tra i cittadini, utenti, gli stakeholders ecc... Il Piano della Performance:

- è orientato ad assicurare un forte legame tra la missione dell'Istituto, i programmi, gli obiettivi e le azioni intraprese, nonché tra risultati, processi e risorse.
- viene aggiornato con cadenza annuale in relazione a:
  - obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
  - modifiche del contesto (interno – esterno) di riferimento;
  - modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento della Fondazione.
- viene pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente” e la Direzione darà conto dell'effettivo stato di attuazione attraverso la Relazione annuale sulla Performance.

La trasparenza è una dimensione della performance organizzativa delle Pubbliche Amministrazioni insieme ad accessibilità, tempestività ed efficacia, così come indicato nella Delibera CIVIT (ora A.N.AC) n. 150/2010 “La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici, connesso al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).”

Nello specifico, la trasparenza delle informazioni relative alla performance, è realizzata anche attraverso la pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” dei seguenti documenti di importanza strategica:

- ✓ Piano della Performance;
- ✓ Relazione sulla Performance.

## 8. INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA' E DELLA TRASPARENZA

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma triennale sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che la Fondazione pubblica e la partecipazione degli interni ed esterni alle iniziative per la trasparenza e l'integrità realizzate.

La Fondazione, infatti, si propone di realizzare diverse attività deputate ad ottenere maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza e un più compiuto coinvolgimento del pubblico e del personale interno della Fondazione:

- ✓ saranno organizzati incontri per la formazione del personale in materia di trasparenza ed integrità. Tenuto conto che la materia di cui trattasi è anche strumento di prevenzione della corruzione, la trattazione verrà affrontata nell'ambito dei corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione.

- ✓ coerentemente con le risorse organizzative e finanziarie disponibili, la Fondazione promuoverà la realizzazione di giornate per la trasparenza.

## **GIORNATA DELLA TRASPARENZA**

La Fondazione “Carlo Besta” pianifica annualmente una giornata della trasparenza al fine di presentare il Piano della performance, la Relazione sulla performance e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità a tutti gli stakeholder (istituzioni, associazioni e cittadini).

La Giornata della trasparenza organizzata dalla Direzione Strategica della Fondazione rappresenta un momento di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- ✓ la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- ✓ il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'Amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

La Giornata della trasparenza, rappresenta un'occasione per presentare tutti i documenti inerenti il performance management aziendale, e allo stesso tempo, per raccogliere i feedback degli stakeholder emersi nel corso della stessa.

## **ASCOLTO DEGLI STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSI)**

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo dei cittadini e degli stakeholder, la Fondazione Besta intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso differenti modalità:

- indiretta, attraverso:
  - le segnalazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
  - customer satisfaction. Questionari per i degenti e i pazienti ambulatoriali, distribuiti all'interno della Fondazione.
- diretta, attraverso i feedback ricevuti nella Giornata della Trasparenza.

## **9. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA**

All'interno della Fondazione l'incarico di Responsabile per la Trasparenza è stato affidato dal Direttore Generale, con deliberazione n. 523/2013 del 24 Settembre 2013, al Dott. Marco Losi, Direttore del Dipartimento Amministrativo e dell'U.O.C. Risorse Umane.

Con il citato Direttore collaborano stabilmente: il Dott. Angelo Carnelli, Collaboratore Amministrativo Professionale esperto presso l'U.O.C. Affari Generali e Legali, l'Ing Andrea Migliaro, Collaboratore Tecnico Professionale esperto presso l'U.O.C. Servizio Informatico e la Dott.ssa Patrizia Meroni, Collaboratore Amministrativo Professionale presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico in staff alla Direzione Generale, per quanto concerne l'aggiornamento e la pubblicazione dei dati sul sito internet della Fondazione.

## **10. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA**

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione sia da parte di soggetti esterni (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni).

- Monitoraggio interno

Il Gruppo di lavoro sulla trasparenza costituito dal Dott. Angelo Carnelli, dall'Ing. Andrea Migliaro e dalla Dott.ssa Patrizia Meroni redige, con periodicità trimestrale, un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del Programma, con indicazione degli scostamenti e delle relative motivazioni e segnalando eventuali inadempimenti.

- Audit del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sono attribuiti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit. L'audit è funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione che deve essere pubblicata sul sito istituzionale.

## **I I. FASI E SOGGETTI RESPONSABILI**

Il D.lgs. n.33/2013 prevede che “i Dirigenti Responsabili degli uffici dell'Amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”, pertanto il Dirigente della struttura/servizio deputato alla produzione della informazione/dato è responsabile:

- della qualità del dato/informazione;
- della tempestiva e regolare comunicazione all'Ufficio Relazioni con il Pubblico ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, coadiuvato dalla U.O.C. Servizio Informatico, ha il compito di pubblicare, secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente, i flussi di dati ricevuti.

Il Responsabile per la Trasparenza, si avvale, per l'esercizio delle sue funzioni, di una rete di riferimenti in ogni struttura della Fondazione, per garantire il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini di legge.

Nell'allegato 2 del presente programma sono individuati gli obblighi di pubblicazione vigenti.

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

## **ALLEGATI AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2016-2018**

ALL 1 ) Mappatura dei processi ai fini del PTPC 2016/2018

ALL 2 ) Elenco degli obblighi di pubblicazione