

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE E DELLA  
TRASPARENZA  
(2018 – 2020)  
(L. 190/2012)**

## **INDICE**

INDICE.....	2
LEGENDA.....	4
SEZIONE I PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2018 - 2020.....	5
1. CENNI NORMATIVI.....	5
2. OBIETTIVI STRATEGICI DEL P.T.P.C.T. ....	5
3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE.....	7
4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2018 – 2020.....	9
4.1 ANALISI CONTESTO ESTERNO.....	11
4.2 ANALISI CONTESTO INTERNO.....	13
4.3 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT.....	16
4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO.....	20
5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2018 – 2020.....	22
5.1 LE MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLA DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI.....	22
5.2 CODICE DI COMPORTAMENTO.....	23
5.3 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE.....	24
5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	25
5.5 GESTIONE CONFLITTO D’INTERESSE.....	26
5.6 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001 – PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.....	27
5.7 DIVIETO DI SVOLGERE ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO – PANTOUFLAGE.....	29
5.8 INCOMPATIBILITÀ’ E INCONFERIBILITÀ’.....	29
5.9 CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL’ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL’ASSEGNAZIONE AD UFFICI.....	30
5.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING).....	31
5.11 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO.....	32
5.12 PREDISPOSIZIONE DI PATTI DI INTEGRITÀ E DEI PROTOCOLLI DI LEGALITÀ PER GLI AFFIDAMENTI.....	32
5.13 STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L’AMMINISTRAZIONE E I CONTRAENTI.....	32
5.14 PROGRAMMA BIENNALE DI FORNITURE E SERVIZI E PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI.....	33
5.15 FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING.....	33
5.16 ATTIVITÀ DIREZIONE SANITARIA.....	35
5.17 CONDOTTE SCORRETTE NELLA RICERCA - RESEARCH MISCONDUCT.....	36
5.18 SPONSORIZZAZIONI DI PROGETTI DI RICERCA E SPERIMENTAZIONI.....	36
5.19 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO.....	37
5.20 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL PTPCT 2018 – 2020.....	38
ACQUISTI AUTONOMI E PROROGHE CONTRATTUALI.....	38
ULTERIORI MISURE.....	38
6. INIZIATIVE FORMATIVE ADOTTATE NEL PIANO ANTICORRUZIONE.....	39
7. RESPONSABILITÀ’.....	39
8. SANZIONI.....	40

Sezione 2 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' PTT – 2018 – 2020 .....	41
1. TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE .....	41
2. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA .....	41
3. DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO .....	43
4. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....	45
5. INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA' E DELLA TRASPARENZA.....	45
5.1 GIORNATA DELLA TRASPARENZA .....	45
5.2 ASCOLTO DEGLI STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSI) .....	46
6. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA.....	46
6.1 GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO).....	46
6.2 ATTESTAZIONI OIV / NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....	47
(MONITORAGGIO ESTERNO) .....	47
7. FASI E SOGGETTI RESPONSABILI .....	47
8. RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONI APPALTANTI (RASA).....	48
9. “DATI ULTERIORI” .....	48
ALL 1 ) Mappatura dei processi ai fini del PTPC 2018/2020 .....	49
ALL 2 ) Elenco degli obblighi di pubblicazione .....	49

## **LEGENDA**

- A.N.A.C.** Autorità Nazionale Anti Corruzione
- A.R.A.C.** Agenzia Regionale Anticorruzione
- A.V.C.P.** Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture
- AGENAS** Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali
- C.I.V.I.T.** Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ora A.N.A.C.).
- I.A.** Internal Audit
- NdV** Nucleo di Valutazione
- O.I.V.** Organismo Indipendente di Valutazione
- P.N.A.** Piano Nazionale Anticorruzione
- P.T.P.C.T.** Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- R.I.A.** Responsabile Internal Audit
- R.P.C.T.** Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- S.S.N.** Servizio sanitario Nazionale
- S.S.R.** Servizio sanitario Regionale
- U.P.D.** Ufficio Procedimenti Disciplinari

## **Sezione I PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2018 - 2020**

### **I. CENNI NORMATIVI**

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.).

L’ANAC con proprie determinazioni ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione 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*.

Il D. Lgs. n. 97 del 25 Maggio 2016 «*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*», ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa vigente in particolare sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il citato decreto prevede, tra l’altro, la piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell’integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.T.), nonché l’istituzione di un unico Responsabile della corruzione e della trasparenza (R.P.C.T.).

Con Delibera ANAC n. 1208 del 22 Novembre 2017 è stato approvato l’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione a cui gli enti devono riferirsi nell’adozione dei piani.

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

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.T. 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 si configura 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.

Il P.T.P.C.T. ha lo scopo di prevenire un uso a fini privati delle funzioni o del ruolo pubblico rivestito, favorendo comportamenti ispirati ai principi etici della legalità, correttezza e della trasparenza al fine di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L’aggiornamento costante del P.T.P.C.T., come previsto dalla Legge n. 190 del 2012 s.m.i., consente, a seguito delle risultanze delle attività di monitoraggio, di apportare azioni migliorative al fine di rendere il piano adeguato alle specifiche esigenze che si prefigge in relazione agli eventuali mutamenti intervenuti.

Al fine di rendere effettive le prescrizioni e le attività previste dal P.T.C.P.T è necessaria un’interazione con gli altri strumenti strategici della Fondazione quali, in particolare, il Piano delle Performance, il Codice di Comportamento e il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

La Fondazione individua quali obiettivi primari che possano contribuire in particolare alla diffusione della cultura della prevenzione della corruzione:

- l’attività formativa e di sensibilizzazione del personale;
- lo sviluppo di tutti gli strumenti che possono favorire la trasparenza;

Al fine di individuare i reati oggetto dell’attività preventiva sono di seguito indicate le fattispecie di reati contemplati dal D.lgs. n. 231/2001, in parte modificate dalla Legge n. 190/2012:

a) Reato di concussione

art. 317 c.p. (concussione)

b) Reati di corruzione

art. 318 c.p. (corruzione per l’esercizio della funzione)

art. 319 c.p. (corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio)

art. 319-bis c.p. (aggravanti specifiche)

art. 319-ter c.p. (corruzione in atti giudiziari)

art. 320 c.p. (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio)

art. 321 c.p. (pene per il corruttore)

art. 322 c.p. (istigazione alla corruzione)

art. 322-bis c.p. (peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.)

c) Traffico di influenze illecite

art. 346-bis (Traffico d'influenze illecite)

d) Corruzione tra privati

Art. 2635 c.c.

Sono altresì oggetto dell'attività preventiva i reati 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.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistiche e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, ma anche situazioni in cui venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero all'inquinamento dell'azione amministrativa.

A tal fine si richiama anche l'aggiornamento 2015 del PNA dove viene precisato che il contenuto dell'azione di prevenzione è da intendersi in senso ampio ricomprendendo ad esempio la cattiva amministrazione, intesa come assunzione di decisioni, nell'ambito in particolare dei procedimenti amministrativi, devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

### **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.

Sono individuati 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 poteri sanzionatori nei casi di mancata adozione dei PTPC;
- **Corte dei Conti:** partecipa, attraverso le funzioni di controllo, all'attività di prevenzione di fenomeni corruttivi;
- **Comitato Interministeriale:** istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013, fornisce direttive attraverso l'elaborazione di linee di indirizzo;
- **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;
- **Dipartimento della Funzione Pubblica:** opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e come coordinatore della loro attuazione;
- **Scuola Nazionale di Amministrazione:** predispone corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni;

- **Singole Pubbliche Amministrazioni:** responsabili dell'introduzione ed implementazione delle misure previste dalla Legge e dal P.N.A.

A livello regionale:

- **Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC):** La Regione Lombardia con L.R. n. 5 del 17 marzo 2016 ha istituito l' Agenzia Regionale Anti Corruzione  
L'ARAC contribuisce a svolgere, nel rispetto di quanto previsto dalla L. 190/2012 l'attività di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Regione e negli enti del sistema regionale operando a supporto dei Responsabili della prevenzione della corruzione della Regione e degli enti di cui al presente comma.  
L'ARAC contribuisce ad assicurare la piena ed efficace adozione delle misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano nazionale anticorruzione approvato (ANAC), secondo direttive e disposizioni attuative definite dall'ANAC stessa.  
L'ARAC ha il compito di contribuire a prevenire e contrastare la corruzione e l'illegalità in Regione Lombardia e negli enti del sistema regionale; vigilare e controllare le misure in atto negli enti della Regione; promuovere la trasparenza e svolgere attività consultiva, su richiesta delle pubbliche amministrazioni, in materia di conformità di atti e comportamenti dei funzionari pubblici alla legge e ai codici etici.

All'interno della Fondazione:

- **Il Consiglio di Amministrazione**
  - ✓ nomina il responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ;
  - ✓ adotta il P.T.P.C.T. e i suoi aggiornamenti ;
  - ✓ fornisce indirizzi per la stesura del Piano;
- **il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):**
  - ✓ predisporre, entro i termini stabiliti dall'ANAC, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da presentare al Consiglio d'Amministrazione per l'adozione;
  - ✓ verifica l'efficace attuazione delle misure previste dal Piano, propone la modifica e/o integrazione dello stesso qualora sia accertata l'inefficacia delle misure previste o 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";
- **i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza:**
  - ✓ sono responsabili del corretto adempimento delle attività loro attribuite e previste nel Piano;
  - ✓ svolgono attività di monitoraggio e di informativa nei confronti del Responsabile;
  - ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
  - ✓ propongono nuove misure di prevenzione ;
  - ✓ assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
  - ✓ adottano le misure gestionali, e avviano procedimenti disciplinari;
  - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
  - ✓ partecipano alla stesura del Piano.



- **i Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza:**
  - ✓ svolgono attività informativa nei confronti del Direttore e del RPCT e di costante monitoraggio sull'attività prevista dal Piano trasmettendo periodicamente al RPCT i report di monitoraggio sulle attività previste dal piano;
  - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
  
- **il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni:**
  - ✓ partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza;
  - ✓ esprime parere sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione;
  - ✓ verifica la coerenza degli obiettivi di trasparenza del PTPCT con quelli indicati nel Piano delle Performance;
  - ✓ al NdV sono attribuiti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit, funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione che deve essere pubblicata sul sito istituzionale.
  
- **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.
  
- **Funzione di Internal Audit (I.A.)**
  - ✓ esamina e valuta i processi aziendali;
  - ✓ fornisce un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione.
  
- **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.

Il coinvolgimento di tutto il personale della Fondazione è decisivo per assicurare l'effettività delle misure previste nel piano, pertanto, l'attività del RPCT deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.

#### **4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2018 – 2020**

Con le modifiche introdotte dal D. lgs. 97/2016 il PTPC assume un valore programmatico ancora più incisivo dovendo prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione.

Pertanto per l'elaborazione del PTPC è necessario il pieno coinvolgimento dei vertici aziendali in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

La redazione del presente P.T.P.C.T., che si pone in continuità con il precedente piano, è stata curata dal R.P.C.T. 1, individuato nel rispetto dei criteri di scelta raccomandati dal PNA per consentire lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività, con il supporto dei referenti anticorruzione e dei Dirigenti operanti nelle aree individuate "sensibili" dalla Legge n. 190/2012, avuto particolare riguardo alle disposizioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA e ai PNA 2016 e 2017.

Si evidenzia che, come espressamente previsto dall'aggiornamento 2017 al PNA, il RPCT ha presentato prima dell'approvazione del Piano le principali attività inserite nello stesso, predisposte in ottemperanza alle Linee Guida ANAC ed AGENAS e a quanto rappresentato nel rapporto della Fondazione GIMBE 2017, previamente condivise con la Direzione Strategica e Scientifica, al Consiglio d'Amministrazione per una fattiva partecipazione al processo di definizione del presente piano.

Il PNA 2017 conferma quanto già rappresentato nel PNA 2016, che recepisce le modifiche del D. lgs. 97/2016, in merito alle funzioni svolte dal NdV nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Il NdV è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e di quelli indicati nel piano della performance utilizzando i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance e per la verifica di congruità con la programmazione strategico gestionale.

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
- dei tempi di attuazione.

Le misure indicate nel piano costituiscono possibili soluzioni organizzative per preservare la Fondazione dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività a partire dall'aumento dell'efficacia e efficienza delle singole unità operative.

Il presente PTPC 2018 – 2020 sarà pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Secondo quanto riportato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 Ottobre 2015 si è

---

<sup>1</sup> NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: Con Deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. 87 del 16 Dicembre 2016 è stato nominato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della Fondazione IRCCS C. Besta la Dott. ssa Sandra Bazzoni, Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali.

provveduto ad una preliminare fase di analisi che è consistita nell'esame dell'organizzazione, delle 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 ESTERNO

La Fondazione IRCCS Istituto Besta fa parte del Sistema Sanitario Regionale Lombardo.

La Lombardia con oltre 10,9 milioni di abitanti si posiziona prima in Italia per popolazione, seconda per densità e quarta per superficie. Nell'ultimo ventennio la popolazione lombarda è cresciuta notevolmente, una crescita dovuta principalmente alla componente straniera.

La Lombardia è caratterizzata da bassa mortalità infantile, allungamento dell'aspettativa di vita, netto e costante decremento dei tassi di mortalità, in ciò rispettando sostanzialmente il trend delle principali regioni occidentali.

Oggi in Lombardia si registrano oltre tre milioni di pazienti cronici. Tra le malattie croniche che colpiscono la popolazione lombarda le più diffuse sono l'artrosi, l'ipertensione, l'osteoporosi, le allergie, seguite poi ad una certa distanza da disturbi nervosi, bronchite o asma, diabete, malattie del cuore e ulcera.

All'interno del gruppo dei pazienti cronici aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.). Anche gli utenti delle unità d'offerta sociosanitarie diventano sempre più fragili e complessi. In particolare, circa il sette per cento sono malati da Sindrome di Alzheimer, l'un per cento sono pazienti in stato vegetativo/ o con malattie del motoneurone (SLA, ecc.). Il restante 22 per cento sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica RSA (anziani non auto sufficienti).

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità determinano un aumento vertiginoso della spesa sanitaria totale a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo sin dai primi margini di autonomia di competenze regionali, riconosciute con le riforme per l'aziendalizzazione del SSN (L. 502/92 e 517/93).

Con Legge Regione Lombardia n. 23 del 11 Agosto 2015 è stata approvata la Riforma del servizio socio-sanitario che punta, in particolare, a realizzare servizi migliori con minori costi, con la conseguente riduzione del carico fiscale per i contribuenti. Tale riforma si caratterizza per una migliore integrazione tra attività sanitarie e attività sociali attraverso l'attivazione di un Assessorato unico al Welfare, la trasformazione delle vecchie Aziende Sanitarie in Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), che erogano assistenza sul territorio e il dimezzamento delle ASL (da 15 a 8) trasformate con detta riforma in Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

Con tale riforma Regione Lombardia si è posta come obiettivo il miglioramento dell'assistenza per malati cronici, anziani e disabili. È stata inoltre creata l'Agenzia di Controllo della qualità e della spesa, composta da esperti indipendenti.

In questo nuovo contesto le Fondazioni IRCCS hanno mantenuto il loro assetto organizzativo volto a perseguire in modo complementare ed integrato finalità di eccellenza nell'assistenza e nella ricerca clinica e preclinica. Nel contesto del SSN e del Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) sono presenti 49 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di cui 21 pubblici e 28 privati che afferiscono alle seguenti aree di expertise: Cardiologia, Dermatologia, Diagnostica Immagini, Farmacologia, Gastroenterologia, Genetica, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina della complessità, Neurologia, Neuroriabilitazione, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Pediatria, Psichiatria, Riabilitazione.

Il ruolo principale degli IRCCS è il miglioramento dell'assistenza, della cura e dei servizi con l'obiettivo di incrementare la salute del cittadino in termini di aspettativa e qualità di vita mediante la ricerca traslazionale applicata.

### La nuova mappa della sanità



## 4.2 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.

In virtù dell'enorme casistica, ineguagliata in Italia e pari a quella di poche altre istituzioni nel mondo, l'Istituto è un riferimento, oltre che per le patologie più comuni per le quali è in grado di offrire percorsi di diagnosi, cura e presa in carico di eccellenza, per patologie rare o di particolare complessità, che richiedono capacità di diagnosi attraverso approcci avanzati sul piano tecnologico, personale altamente qualificato ed inserito in processi di formazione specialistica continua e complementarietà con le attività di ricerca clinica e preclinica.

*Mission* fondamentale dell'attività complessiva della Fondazione è 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.
- ✓ coniugare 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 e dal POAS approvato con Deliberazione di Regione Lombardia n. X/6250 del 20/02/2017.

Sono Organi della Fondazione:

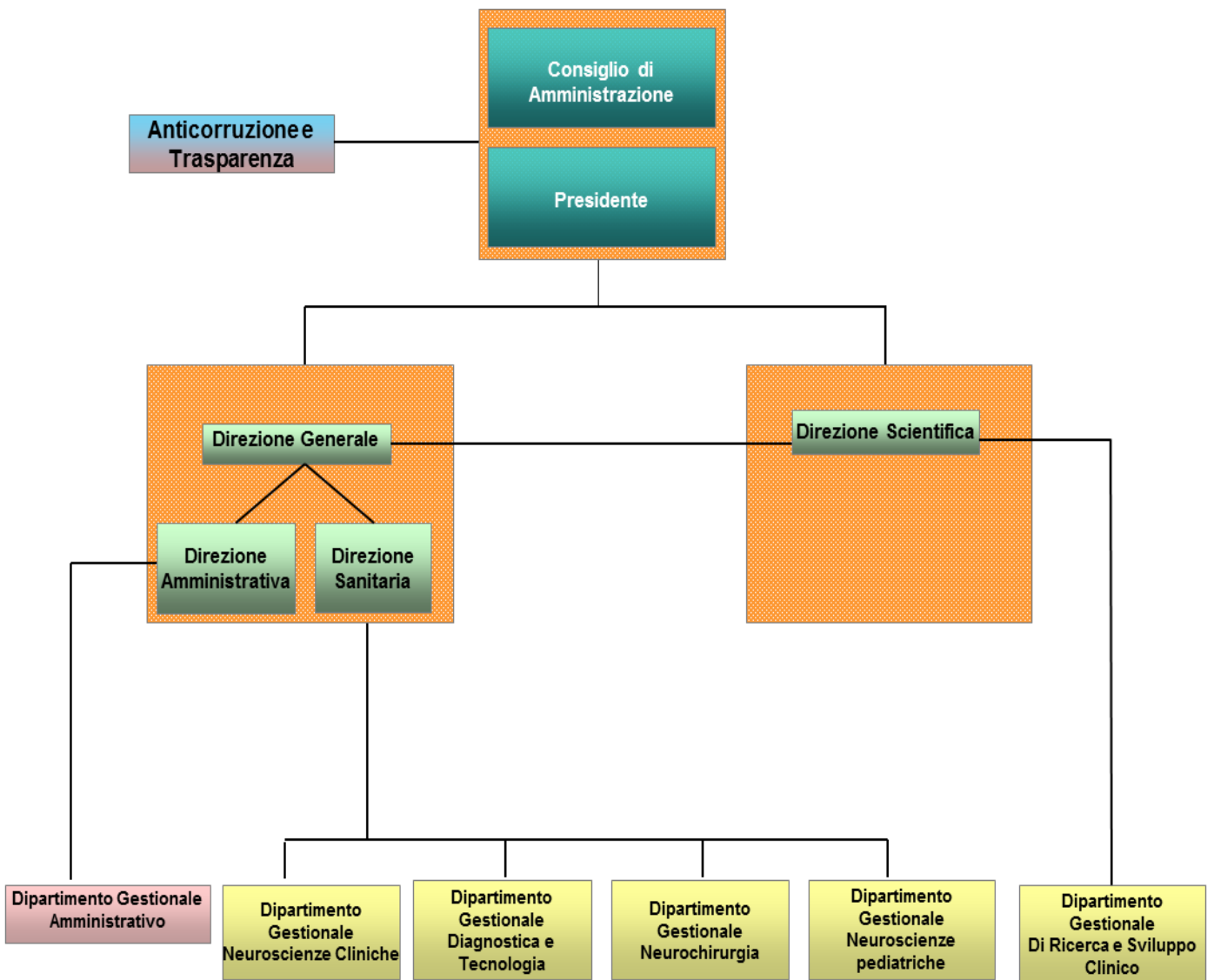
- Il Consiglio di Amministrazione;
- Il Presidente;
- Il Direttore Generale;
- Il Direttore Scientifico;
- Il Collegio di Direzione;
- Il Collegio Sindacale.

Il macro assetto organizzativo si completa con la Direzione Amministrativa e la Direzione Sanitaria rette dai rispettivi Direttori, che insieme alla Direzione Generale compongono la Direzione Strategica Gestionale e con i Dipartimenti, a loro volta articolati in Unità Operative Complesse (UOC) cui fanno capo le Strutture Semplici (SS) e le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD).

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

L'Organigramma della Fondazione come definito nel nuovo POAS definisce sinteticamente l'articolazione organizzativa ed i rapporti gerarchici in essere.

**Organigramma  
 FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA**



#### 4.3 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT

Per “gestione del rischio” si intende l’insieme delle attività preordinate a 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.

L’analisi di tali processi è riportata nell’allegato I.

Nell’ambito dell’organizzazione sopra descritta e per la specificità dell’attività svolta dalla Fondazione, in conformità alle indicazioni della L. 190 del 2012, ed in particolare dell’aggiornamento 2015 al P. N. A. (Determinazione ANAC n.12 del 28 Ottobre 2015) e del PNA 2016 (Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016), la Fondazione intende continuare, anche per l’anno 2018, il monitoraggio dei processi già individuati nel PTPCT 2017 – 2019 ed afferenti alle seguenti aree potenzialmente a “rischio corruzione”:

#### AREE GENERALI DI RISCHIO

- Incarichi e nomine: Acquisizione e progressione del personale
- Contratti Pubblici
- 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
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Per la mappatura del rischio dei singoli processi analizzati si è proceduto alla valutazione del rischio 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**".

#### 4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO.

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 è 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 e s.m.i. prevede che il RPCT provveda alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione.

*Come già esplicitato al precedente punto 4 il PNA 2016 ritiene auspicabile che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata... ove ciò non sia possibile è opportuno rafforzare la struttura di supporto, mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici... tale struttura potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo...*

Al riguardo si evidenzia che con Deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 21 Marzo 2017 sono stati individuati, per quanto concerne gli adempimenti connessi alla prevenzione della corruzione, i referenti che collaborano stabilmente con il RPTC come di seguito indicati:

- **Direzione Sanitaria**
  - ✓ Direttore Dipartimento Neuroscienze Pediatriche
  - ✓ Dirigente medico neurochirurgo . U.O.C. Neurochirurgia I
  - ✓ Dirigente medico UOC Neuroradiologia
  - ✓ Dirigente medico SOSD Genetica delle Malattie Neurodegenerative e Metaboliche
  - ✓ Dirigente Medico Direzione Sanitaria
  - ✓ Assistente Amministrativo Direzione Sanitaria
  
- **Direzione Scientifica**
  - ✓ Collaboratore Amministrativo
  
- **Segretario del Consiglio d'Amministrazione**
  
- **U.O.C. Risorse Umane**
  - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto

- **U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione**
  - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto
  
- **U.O.C. Provveditorato Economato**
  - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto
  
- **U.O.C. Tecnico Patrimoniale**
  - ✓ Assistenze Tecnico
  - ✓ Collaboratore Amministrativo
  
- **U.O.C. Affari Generali e Legali**
  - ✓ Assistente Amministrativo
  
- **SS Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica**
  - ✓ Assistente amministrativo

Con la medesima delibera è stata determinata altresì la composizione del Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, al fine di un più completo monitoraggio della corretta pubblicazione dei flussi di dati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale così composto:

- Collaboratore Amministrativo U.O.C. Affari Generali e Legali
- Responsabile Ufficio Relazioni con il pubblico
- Assistente Amministrativo U.O.C. Risorse Umane
- Collaboratore Amministrativo U.O.C. Servizio Informatico
- Collaboratore Amministrativo Presidenza

Il R.P.C.T. per lo svolgimento dell'attività prevista dal presente piano si avvale della collaborazione della Direzione Strategica, della Direzione Scientifica e dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate, in particolare UOC Risorse Umane, Provveditorato Economato, Affari Generali e Legali, Tecnico Patrimoniale, Economico Finanziario e Controllo di Gestione.

Si precisa che la responsabilità dell'adozione delle misure di prevenzione previste nel presente piano, così come di quelle mappate nell'**allegato I "tabella mappatura ed analisi del rischio"** è in capo al Direttore della singola U.O.C. a cui compete la responsabilità del relativo processo.

A ciascun dirigente è altresì fatto obbligo di assicurare la tempestiva divulgazione di informazioni su norme, circolari, direttive ed altri atti adottati dall'Ente o emanati dall'ANAC, che abbiano rilevanza per gli ambiti di propria competenza o che siano attinenti alle tematiche generali della gestione del procedimento amministrativo, della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il R.P.C.T. verifica congiuntamente ai Direttori l'effettiva attuazione delle misure contenute nel presente piano e a tal fine saranno programmati incontri periodici anche allo scopo di predisporre e condividere i contenuti dei futuri P.T.P.C.T.

I Direttori avvalendosi dei referenti devono inviare periodicamente al responsabile report sull'attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nel citato **allegato I**.

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 R.P.C.T. 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'ANAC.

## **5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2018 – 2020**

### **5.1 LE MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLA DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI.**

Come espressamente previsto dalla Delibera ANAC n. 831/2016 anche il Piano 2018-2020 prevede la verifica e il monitoraggio della seguente misura: "*Modalità di affidamento della Direzione delle Strutture ai Dirigenti*".

Gli incarichi di Dirigente di Struttura complessa per **l'area della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario** vengono attribuiti con provvedimento scritto e motivato dal Direttore Generale e previo espletamento delle procedure previste dalla normativa in materia (DPR 484/97, Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. e DGR Regione Lombardia n. X/553 del 02/08/2013) e secondo le norme previste dai vigenti CCCCNNL.

Gli incarichi di Direzione di Struttura complessa del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo sono attribuiti con provvedimento scritto e motivato dal Direttore Generale, di norma previa procedura selettiva interna, nel rispetto delle disposizioni contrattuali e normative in materia.

Il monitoraggio dovrà prevedere le seguenti verifiche:

- Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale e agli indirizzi di programmazione regionale;
- Predeterminazione dei criteri di scelta;
- Esplicitazione negli atti relativi al procedimento di nomina della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali;
- Pubblicazione degli atti del procedimento

L'attribuzione degli incarichi di responsabile di struttura semplice dipartimentale o di struttura semplice per la Dirigenza medica e veterinaria e per la Dirigenza sanitaria vengono conferiti dal Direttore Generale con provvedimento scritto e motivato, al termine di apposita procedura selettiva, rispettosa del disposto del D.Lgs 502/1992 e smi e delle vigenti disposizioni contrattuali in materia, di personale all'interno della Struttura interessata, che abbia il requisito dei cinque anni di servizio con valutazione positiva. Anche per i Dirigenti del ruolo della PTA, il conferimento degli incarichi di responsabile di struttura semplice dipartimentale o di struttura semplice avviene da parte del Direttore Generale con provvedimento scritto e motivato, di norma mediante procedura selettiva.

Il monitoraggio dovrà prevedere le seguenti verifiche:

- ✓ verifica, all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ✓ pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico;
- ✓ avvio di una procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- ✓ costituzione della commissione selezionatrice;
- ✓ predeterminazione dei criteri di selezione;
- ✓ misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza della rosa degli idonei;
- ✓ esplicitazione della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- ✓ pubblicazione degli atti del procedimento.

La U.O.C. Risorse Umane provvederà a trasmettere annualmente al RPCT un report di monitoraggio sugli esiti delle verifiche svolte.

## 5.2 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.

Il suddetto Codice rappresenta una misura di prevenzione della corruzione 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.

Nel corso dell'anno 2017, a seguito dell'emanazione delle *“Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”* di cui alla delibera ANAC 358 del 29 Marzo 2017, è stata predisposta, a cura della U.O.C. Risorse Umane, una bozza di aggiornamento del **Codice di Comportamento** della Fondazione.

Nello specifico l'aggiornamento riguarda:

- La valutazione sul potenziale conflitto d'interessi in relazione alla partecipazione del dipendente ad associazioni e organizzazioni
- L'utilizzo della modulistica *“Dichiarazione pubblica di interessi”* di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015 n. 12 sul sito AGENAS
- Il monitoraggio attività di partecipazione a convegni in qualità di relatori di incarichi come da indicazioni da parte di Regione Lombardia e ARAC, integrazione modulistica
- La tutela del whistleblower
- Le misure specifiche per attività assistenziali

Ogni violazione delle prescrizioni del Codice, oltre che all'Ufficio per i procedimenti (UPD), deve essere tempestivamente comunicata, anche al RPCT, ai fini della propria attività di monitoraggio sull'attuazione del presente Piano, nonché dei conseguenti adempimenti: la segnalazione della violazione sarà a tal fine comunicata dal dirigente interessato, se tale violazione riguarda un dipendente o, dal direttore apicale, nel caso riguardi un dirigente.

Nel corso dell'anno 2018 a seguito della procedura prevista dal comma 5 art. 54 del D. Lgs 165/2001 (pubblicazione sul sito istituzionale della bozza del codice di comportamento, trasmissione al NdV per parere di competenza e invio di informativa alle organizzazioni sindacali) il Codice di Comportamento così perfezionato sarà presentato a cura della U.O.C. Risorse Umane al C.d.A. per l'adozione.

Si evidenzia altresì che a tutto il personale neo assunto e a tutti i collaboratori viene comunicato, a cura dell'U.O.C. Risorse Umane, il link al sito istituzionale per l'accesso al codice di comportamento della Fondazione. Inoltre il rispetto delle prescrizioni contenute nel codice di comportamento, quale adempimento contrattuale, è riportato all'interno dei singoli contratti individuali di lavoro.

### **5.3 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., così come espressamente previsto dall'ANAC nell'aggiornamento del PNA 2015 che recita testualmente *“le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più effettive e verificabili e conferma la piena attuazione tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa”*.



L'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. vengono pertanto inseriti in forma di obiettivi di performance dell'organizzazione nel Piano della Performance, con particolare riguardo alle UOC Amministrative.

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.

Il NdV è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza del presente piano e quelli indicati nel piano della performance verificando l'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

Nel piano delle performance 2018 verranno previsti in capo alle varie UU.OO. obiettivi in ambito di prevenzione corruzione e trasparenza in coerenza con le misure presenti nel presente Piano, come di seguito indicati:

OBIETTIVO	MISURA	INDICATORE
<b>Monitoraggio del PTPCT anno 2018</b>	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate SI/NO
<b>Attuazione del PTPCT anno 2018</b>	<u>Anticorruzione:</u> Adozione di un regolamento per la gestione del recupero crediti	Regolamento SI/NO
	<u>Trasparenza:</u> Tempestiva pubblicazione su "Amministrazione trasparente" dei dati di competenza di ogni U.O.C.	Comunicazione al RPCT dell'avvenuta pubblicazione SI/NO

Tali specifici obiettivi verranno verificati dal NdV.

#### 5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) prevede quale criterio di carattere generale la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione.

In particolare secondo quanto disposto dall'art. 1 co. 20 lett. B) della L. 190/2012 s.m.i. il RPCT deve verificare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. La rotazione del personale è prevista come misura organizzativa generale a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Si da atto che non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in nessuna area della

Fondazione, all'accadere dei quali è prevista la rotazioni "straordinaria" obbligatoria ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. 1 quater del D. Lgs. 165/2001 secondo cui "i dirigenti di uffici dirigenziali generali ...dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

All'interno della Fondazione la realizzazione della misura della rotazione presenta criticità elevate in considerazione delle dimensioni organizzative, delle professionalità caratterizzate da elevata specializzazione e della presenza di un solo dirigente per U.O. al quale è richiesta una specifica competenza tecnica nella materia, che deriva anche dalla formazione e dall'esperienza nel settore. Conseguentemente la realizzazione di tale misura risulta di difficile attuazione in un Ente di piccole dimensioni quale la Fondazione.

Si da atto che nel corso del 2017 c'è stato l'avvicendamento nella Direzione della U.O.C. Tecnico Patrimoniale.

#### 5.5 GESTIONE CONFLITTO D'INTERESSE

Il conflitto di interesse trova la sua disciplina in varie norme dell'ordinamento che possono così sintetizzarsi:

- ✓ L' art. 6-bis. della L. 241/90, introdotto dall' articolo 1 comma 41 della legge n.190/2013, stabilisce che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali ed il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale».
- ✓ L'art. 7 del D.P.R. 62/2013 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) stabilisce che i dipendenti pubblici si debbono astenere dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di loro parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, ed in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza
- ✓ L'art. 323 del codice penale ha stabilito un dovere generale di astensione in ipotesi che configurino oggettivamente un conflitto, anche solo potenziale, di interessi.
- ✓ L'art. 53 del D. L.vo 165/2001 in ordine al conflitto di interesse anche potenziale che deve essere oggetto di valutazione per l'autorizzazione a svolgere incarichi esterni.
- ✓ Il D. Lgs. 39/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico.

Il Conflitto d'interessi si verifica quando il dipendente pubblico (responsabile unico del procedimento e titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale) è portatore di interessi della sua sfera privata, che potrebbero influenzare negativamente l'adempimento dei doveri istituzionali. Si deve trattare, pertanto, di situazioni in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

Il conflitto si manifesta quando l'azione del responsabile del procedimento contrasta, per le modalità e le finalità, con il rispetto dei principi generali che dovrebbero governare la medesima

azione amministrativa, tra cui i principi dell'imparzialità e del buon andamento affermati dall'articolo 97 della Costituzione, nonché dalla stessa legge n. 241/90, secondo cui l'attività amministrativa deve essere retta, tra l'altro, dal criterio di imparzialità, della pubblicità e della trasparenza.

Verrà posta particolare attenzione al tema del conflitto d'interesse inteso come insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che l'interesse pubblico possa essere compromesso dall'inseguimento di interessi secondari privati o personali, nella consapevolezza che la conoscenza, l'eliminazione e/o riduzione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione.

Nel corso dell'anno 2017 tutti i dirigenti della Fondazione sono stati accreditati presso il portale AGENAS al fine di accedere all'applicativo per la compilazione della modulistica "Dichiarazione pubblica di interessi" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015 n. 1

La compilazione di tale dichiarazione sul portale AGENAS, a cura dei singoli interessati, è da intendersi quale adempimento di prevenzione della corruzione al fine di rafforzare la trasparenza dell'organizzazione della Fondazione nell'ambito del complesso sistema di relazioni interprofessionali e interistituzionali, e quale intervento per la prevenzione dei rischi derivanti dal conflitto di interesse in sanità.

La suddetta dichiarazione, che dovrà essere compilata annualmente e dovrà far riferimento ai 3 anni precedenti, si compone di varie sezioni relative a:

- interessi di carattere finanziario dei professionisti,
- partecipazione su inviti ed eventi organizzati da terzi,
- notifica dei doni ricevuti,
- partecipazione all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi.

Attualmente sono in uso le dichiarazioni di seguito indicate:

- financial disclosure information
- dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Per quanto attiene il conflitto d'interesse relativo agli incarichi extra-istituzionali ex art. 53 D.Lgs 165 e s.m.i. si rimanda al successivo paragrafo 5.6 "Regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività ex. art. 53 D.lgs. 165/2001 – provvedimenti conseguenti"

## **5.6 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001 – PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.**

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".*

Con Deliberazione del Consiglio d'amministrazione n. 73 del 25 Ottobre 2016 è stato approvato il *"Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali"*.

Con deliberazione n. 19/2017 è stata approvata la modulistica necessaria all'attuazione del *"Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001)"* adottato nell'anno 2016.

Tale modulistica, mod. 226 *"Autorizzazione attività esterna"*, 227 e 228 *"incarichi extraistituzionali soggetti a preventiva comunicazione"*, è disponibile sulla rete intranet aziendale ed è stata utilizzata, già nel corso del 2017, dal personale dipendente al fine di presentare le apposite istanze.

Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite da Regione Lombardia e da ARAC, sarà predisposta, dalla U.O.C. Risorse Umane, apposita dichiarazione relativa agli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.LGS. n. 165/2001 e s.m.i., per la partecipazione a convegni in qualità di relatori o moderatori e per l'affidamento di incarichi di docenza, con o senza remunerazione, da parte di promotori/sponsor di eventi scientifici.

Tale dichiarazione dovrà essere presentata a cura del personale interessato a partire dall'anno 2018 e dovrà essere allegata ai sopra citati mod. 226 e 228 se rientrante nella fattispecie *"partecipazione a convegni in qualità di relatori o moderatori e per l'affidamento di incarichi di docenza, con o senza remunerazione, da parte di promotori/sponsor di eventi scientifici"*.

Al fine di facilitare le attività di controllo degli incarichi extraistituzionali, nel corso del 2018 sarà creato un database per la gestione informatizzata delle richieste ex art. 53 D. Lgs. 165/01 (proposta condivisa dai RPCT delle 4 Fondazioni IRCCS della Regione), che sarà alimentato a cura dell'U.O.C. Risorse Umane.

La consultazione del database, che sarà in condivisione con le U.O.C. Risorse Umane, AGL, Provveditorato Economato, Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica, consentirà la verifica in tempo reale del numero di eventi a cui ciascun dipendente ha partecipato con evidenza della tipologia dell'evento, dello sponsor, remunerazione ecc.

Tale verifica consentirà una miglior valutazione di eventuali conflitti d'interesse per la partecipazione del dipendente in commissioni di gara per acquisizioni di beni e servizi in cui gli sponsor di eventi scientifici possono essere soggetti portatori d'interesse.

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

La Legge n. 190 del 2012 e s.m.i. ha introdotto un nuovo comma nell'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.

È previsto un monitoraggio annuale da parte dell'U.O.C. Risorse Umane sull'acquisizione della documentazione sopra citata.

### **5.8 INCOMPATIBILITÀ' E INCONFERIBILITÀ'**

Ai sensi della delibera ANAC n. 833 del 3 Agosto 2016 qualora il RPCT venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del d.lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento e segnalare la violazione all'ANAC.

Nel caso di una violazione delle norme sull' inconferibilità la contestazione della possibile violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito.

La Fondazione verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo amministrativo di vertice intende conferire un incarico prima del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai capi III “*Inconferibilità di incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni*” e IV “*Inconferibilità di incarichi a componenti di organi di indirizzo politico*” del D.lgs. n. 39/2013.

Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti capi.

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 appositi moduli pubblicati sul sito della Fondazione rubricati: “*Dichiarazione ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013 relativa alle condizioni personali di inconferibilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali*”

*conferiti dalla Pubblica Amministrazione”;*” *Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina a componente/segretario di commissione esaminatrice”.*

La Fondazione ha adottato un’Istruzione Operativa al fine di procedere con i controlli sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità.

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.

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 Direttore Scientifico, e per la specificità della Fondazione, del Presidente e dei membri del Consiglio di Amministrazione.

Per l’anno 2018 l’U.O.C. Risorse Umane invia al RPCT report annuale che evidenzia i risultati dei controlli effettuati.

#### **5.9 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 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, tramite consultazione del casellario giudiziale, 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

Per l'anno 2018 verrà predisposto, a cura della U.O.C. Risorse Umane, un documento di sintesi che evidenzia i risultati dei controlli effettuati.

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

Il whistleblower è colui che segnala un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, 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.

Il RPCT nel corso del 2016 ha provveduto a revisionare la "Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità -WHISTLEBLOWING Policy – PR 95" adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 798 del 23 Dicembre 2014, come da Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4878 del 7 Marzo 2016 "Piano Straordinario anticorruzione – Disciplina per l'attuazione degli adempimenti che segnalano illeciti per gli enti di cui all'all. A1 della L. 30/2006."

Nell'ambito di detta procedura è stato ridefinito l'ambito dell'oggetto della segnalazione, è stata inserita una descrizione analitica delle azioni ed omissioni che possono costituire oggetto di pertinenti segnalazioni da parte dei dipendenti. Sono stati meglio strutturati gli articoli sulle modalità della segnalazione e sui destinatari delle stesse, ed è stato inserito l'articolo "verifica, accertamenti ed esiti della segnalazione" che descrive il processo successivo alla segnalazione. E' stato inoltre integrato il mod. 145 "segnalazione di condotte illecite".

Tale procedura è stata pubblicata sulla intranet della Fondazione in data 30 Maggio 2016 e ne è stata data comunicazione a tutto il personale.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine della Fondazione, le comunicazioni sono indirizzate al RPCT, al Responsabile della struttura di appartenenza e/o all'ANAC e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Il RPCT provvederà ad inviare semestralmente a Regione Lombardia una relazione in merito alle segnalazioni pervenute nel semestre di riferimento.

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

Il RUP di ciascun procedimento amministrativo deve trasmettere entro il 31 marzo di ogni anno al R.P.C.T., lo stato dei singoli procedimenti di competenza e il rispetto del relativo termine per la conclusione previsto dalla Legge. Il Responsabile di ciascun Servizio/Ufficio/U.O. deve trasmettere 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.

### **5.12 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.

Le U.O.C. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale trasmettono al RPCT il report annuale di verifica.

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

*I Dirigenti Responsabili delle competenti U.O.C. trasmettono al R.P.C.T. report di verifica in cui si attesta:*

- ✓ che nella documentazione contrattuale e nel sito internet della Fondazione sono 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)



#### **5.14 PROGRAMMA BIENNALE DI FORNITURE E SERVIZI E PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI.**

Ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 50 del 18 Aprile 2016 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture” le amministrazioni aggiudicatrici e gli enti aggiudicatori dovranno adottare il programma biennale degli acquisti e il programma triennale dei lavori pubblici con i relativi aggiornamenti annuali.

Il **programma biennale di forniture e servizi** e relativi aggiornamenti annuali dovranno contenere gli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato pari o superiore a € 40.000,00. Le amministrazioni pubbliche comunicano, l'elenco delle acquisizioni di forniture e di servizi d'importo superiore a 1 milione di euro.

Il **programma triennale dei lavori pubblici** e i relativi aggiornamenti annuali dovranno prevedere i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a € 100.000,00 e indicano i lavori da avviare nella prima annualità.

Per i lavori di importo superiore a 1 milione di euro le amministrazioni aggiudicatrici approvano preventivamente il progetto di fattibilità tecnica ed economica ai fini dell'inserimento nell'elenco annuale.

Ai sensi del citato D. Lgs. 50/2016 il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici nonché i relativi aggiornamenti annuali saranno pubblicati sul profilo del committente, sul sito informatico del Ministero e delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio dei contratti pubblici.

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.

Le UU.OO.CC. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale devono inviare comunicazione al RPCT in merito all'adozione e pubblicazione dei *programmi* in oggetto per quanto di rispettiva competenza.

#### **5.15 FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING**

L'attività di Internal Auditing (I.A.), disciplinata a livello internazionale dai relativi Standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A.), è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Ente e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento delle responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 233 del 3/12/2015 è stato approvato il Regolamento di Internal Auditing della Fondazione nell'ambito del quale, individuando quali destinatari la Direzione Strategica, i Responsabili della funzione di Internal Auditing, i Team di Auditor, tutte le strutture e i Servizi a qualunque titolo interessati all'attività di auditing, si è stabilito, in particolare che:

- l'obiettivo che si intende perseguire è quello di definire la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- il controllo di auditing si ispira al principio di autotutela dell'Amministrazione, determinando, nell'ipotesi in cui si ravvisino elementi di irregolarità o di illegittimità, la potestà di attuare i provvedimenti di rettifica, integrazione o annullamento previsti *ex lege*;
- il Responsabile di I.A. adempie al proprio mandato, supportato dal Team I.A. appositamente individuato;
- le principali tipologie di controlli effettuati sono:
  - ✓ verifica della conformità a Leggi e Regolamenti in vigore (Audit di conformità);
  - ✓ verifica dell'efficacia e dell'efficienza gestionale delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi posti dal management (Audit operativo);

In ottemperanza alla DGR n. 7600 del 20/12/2017, con la quale Regione Lombardia ha disposto che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla pianificazione annuale dell'attività di Internal auditing entro il 31 Gennaio 2018, la Fondazione ha predisposto il piano di audit 2018 relativo ai seguenti processi:

- Verifica del rispetto delle indicazioni previste dalla procedura PR Trial COST/01 "*Procedura amministrativo contabile delle sperimentazioni cliniche*";
- Verifica dell'attività di recupero crediti ai sensi del nuovo Regolamento che verrà adottato nel corso dell'anno 2018.

Al fine di rendere effettive le risultanze e le indicazioni degli Audit svolti nel 2017, dovranno essere attuate le misure nel corso dell'anno 2018 come di seguito indicato

### **Audit sull'attività di gestione e recupero crediti**

#### U.O.C. Economico Finanziaria – U.O.C. Affari Generali e Legali

- ✓ Predisposizione Regolamento Recupero Crediti per successiva adozione da parte del C.d.A.

#### U.O.C. Economico Finanziaria

- ✓ Report in cui vengono segnalate alla Direzione Generale e Scientifica eventuali perdite derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto.
- ✓ Monitoraggio progetti di ricerca e trial al fine di garantire che le fatture siano regolarmente emesse.

- ✓ Monitoraggio pagamenti delle fatture per progetti di ricerca e trial ed invio di apposito sollecito di pagamento. In caso di mancato pagamento trasmissione della documentazione alla U.O.C. Affari Generali e Legali per il secondo sollecito con preavviso di azione legale.

Il Direttore della UOC Economico Finanziaria e C.d.G. dovrà dare evidenza al RPCT dell'attuazione degli adempimenti sopra riportati

### **Audit sugli Acquisti in economia di beni e servizi effettuati dalla U.O.C. Tecnico Patrimoniale**

#### **U.O.C. Tecnico Patrimoniale**

- ✓ Espletamento di procedura di gara cosiddetta “ponte” qualora vi sia un significativo lasso temporale intercorrente dalla data di scadenza di un contratto e l'attivazione della relativa gara da parte di ARCA.

Il Direttore della UOC Tecnico Patrimoniale dovrà dare evidenza al RPCT dell'attuazione dell'adempimento sopra riportato

### **Audit sui Corsi di formazione sponsorizzati**

#### **Servizio Formazione**

- ✓ Aggiornamento della Procedura PR 18 “Procedura per le attività di formazione ed aggiornamento”
- ✓ Adozione di apposito provvedimento con definizione delle tariffe per l'affitto dei locali adibiti ad aula, con indicazione delle modalità per la richiesta di utilizzo delle stesse per eventi formativi da parte di soggetti terzi.
- ✓ Attuazione del **Regolamento aziendale delle sponsorizzazioni di eventi formativi** adottato con deliberazione del CdA n. 144/2017 in data 29 Settembre 2017 che, in particolare, disciplina la modalità di scelta dello sponsor mediante pubblicazione di avviso di manifestazione di interesse ed i criteri utilizzati per la valutazione delle offerte.

Il Responsabile della Formazione dovrà dare evidenza al RPCT dell'attuazione degli adempimenti sopra riportati

### **5.16 ATTIVITÀ DIREZIONE SANITARIA**

Nel corso del 2018 la Direzione Sanitaria in collaborazione con il gruppo di lavoro appositamente costituito, proseguirà nel monitoraggio dei processi relativi alla gestione delle liste d'attesa, sia in regime di ricovero che ambulatoriali, alla libera professione ed alla gestione del paziente deceduto.

In particolare:

- Liste d'attesa ambulatoriali: controlli mirati alla tracciabilità delle prestazioni nei sistemi istituzionali di refertazione e controllo della corretta gestione delle agende sia di libera professione che SSN;
- Liste d'attesa di ricovero: verrà posta attenzione alle classi di priorità A (tempo di attesa da 0 a 30 giorni) e classe di priorità B (tempo di attesa da 0 a 60 giorni) tramite le analisi delle deviazioni standard del tempo medio delle due classi;

- Monitoraggio dei volumi di attività libero professionale suddivisa per dipartimento anche avvalendosi della rilevazione delle timbrature del programma Workflow appositamente implementato;
- Prevenzione della falsificazione delle codifiche SDO attraverso controlli a campione delle cartelle
- Somministrazione dei questionari ai pazienti che afferiscono alla Fondazione per effettuare prestazioni ambulatoriali e di ricovero sia in libera professione che SSN. Nel corso dell'ultimo trimestre di ogni anno sarà effettuata un'analisi dei risultati.
- Comunicazione e informativa ai parenti dei pazienti deceduti in merito all'inesistenza presso la Fondazione di convenzioni con agenzie funebri con sottoscrizione di apposito modulo in cui dichiarano di aver affidato l'incarico ad una determinata agenzia funebre.

### 5.17 CONDOTTE SCORRETTE NELLA RICERCA - RESEARCH MISCONDUCT

Per “*condotta scorretta nella ricerca*” si intende la violazione dei principi e dei valori etici, dei doveri deontologici e degli standard professionali sui quali si fonda una condotta responsabile e corretta da parte di chi svolge, finanzia o valuta la ricerca scientifica nonché da parte delle istituzioni che la promuovono e la realizzano.

Si tratta quindi di un comportamento intenzionale o involontario che non raggiunge gli adeguati standard etici scientifici, rientrano in tale ambito:

- fabbricazione, falsificazione e occultamento dei dati;
- inappropriata manipolazione di dati o immagini;
- plagio;
- informazione fuorviante;
- pubblicazione ridondante;
- paternità inattendibile delle pubblicazioni quali la guest e ghost autorship;
- mancata divulgazione di fonti di finanziamento o di conflitti d'interesse;
- falsa dichiarazione del coinvolgimento del finanziatore;
- non eticità della ricerca

Nel corso dell'anno 2018 sarà predisposta una procedura, condivisa con le altre Fondazioni IRCCS della Regione Lombardia, che illustri le modalità di identificazione, valutazione e gestione di eventuali comportamenti considerati non corretti nell'ambito delle attività di ricerca scientifica e conduzione di studi clinici.

### 5.18 SPONSORIZZAZIONI DI PROGETTI DI RICERCA E SPERIMENTAZIONI

Al fine di disciplinare le procedure e le attività da seguire per una corretta gestione delle sponsorizzazioni da parte di soggetti terzi a favore di progetti di ricerca e sperimentazioni cliniche nonché di altre iniziative di carattere clinico scientifico promosse dalla Fondazione, sarà cura della Direzione Scientifica predisporre bozza di specifico **regolamento** per la successiva adozione da parte del CdA.

Tale regolamento dovrà prevedere idonei strumenti e modalità operative in conformità ai principi di efficienza, efficacia, imparzialità, trasparenza e buon andamento della Pubblica Amministrazione.

Tali processi dovranno necessariamente prevedere una forma di pubblicità adeguata sul sito internet aziendale attraverso la pubblicazione di avviso pubblico per ricerca di soggetti privati disponibili al finanziamento delle sopra citate iniziative.

La sponsorizzazione si configura quale strumento utile per consentire il coinvolgimento di soggetti privati per il finanziamento di progetti di interesse pubblico, in campo medico, con un ritorno in termini di immagine con l'utilizzo del proprio logo nell'ambito dei progetti.

Il regolamento di cui trattasi dovrà altresì contenere un fac simile di contratto corredato da una dichiarazione relativa al conflitto di interesse in linea con i recenti aggiornamenti normativi e di orientamento degli organismi preposti.

#### **5.19 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO**

Il percorso di certificabilità dei bilanci ha come obiettivo la verifica della qualità dei dati contabili, attraverso la predisposizione e validazione di procedure amministrativo contabili volte alla produzione dei dati di bilancio, e che pertanto coinvolge tutti i processi aziendali e tutte le figure professionali

Con Decreto Ministeriale Certificabilità del 17.09.2012 è stato indicato alle Regioni di presentare un programma d'azione definito Percorso Attuativo della Certificabilità (d'ora in poi PAC bilanci).

Successivamente il Decreto Ministeriale PAC del 01.03.2013 ha disposto che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale debbano garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la Certificabilità dei propri bilanci.

A tal fine Regione Lombardia, da ultimo con deliberazione n. 7009 del 31 Luglio 2017, ha approvato il nuovo Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) con il relativo cronoprogramma che prevede il raggiungimento di 53 obiettivi classificati in nove aree tematiche e di 162 azioni per il conseguimento dei citati obiettivi a cui ciascuna azienda deve conformarsi.

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo – contabile.

Con deliberazione n. 468/2017 la Fondazione ha preso atto della citata DGR 7009/2017 che prevede le seguenti aree di attività e relative scadenze ed ha individuato appositi gruppi di lavoro per la predisposizione delle procedure aziendali relative alle Aree D, E, H :

SEZIONE	Area	Scadenze
REQUISITI GENERALI	A) AZIENDE	Dicembre 2019
	B) GSA	Dicembre 2018
	C) CONSOLIDATO REGIONALE	Dicembre 2018
	D) AREA IMMOBILIZZAZIONI	Giugno 2018

CICLO ATTIVO	E) AREA RIMANENZE	Dicembre 2018
	F) AREA CREDITI E RICAVI	Giugno 2019
	G) AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE	Giugno 2019
CICLO PASSIVO E NETTO	H) PATRIMONIO NETTO	Giugno 2018
	I) AREA DEBITI E COSTI	Dicembre 2019

A tal fine nel corso dell'anno 2018, nel rispetto delle scadenze sopra indicate, la U.O.C. Economico Finanziaria e C.d.G., avvalendosi dei gruppi di lavoro individuati provvederà:

- ✓ ad implementare le procedure amministrativo – contabili relative al Ciclo Attivo - Area D) Immobilizzazioni, predisposte nel corso dell'anno 2017,
- ✓ a predisporre e implementare le procedure relative al Ciclo Passivo e Netto – Area H) Patrimonio Netto;
- ✓ a predisporre e implementare le procedure relative al Ciclo Attivo – Area E) Rimanenze.

## 5.20 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL PTPCT 2018 – 2020

### ACQUISTI AUTONOMI E PROROGHE CONTRATTUALI

Come previsto dalla Delibera ANAC n. 833 del 3 Agosto 2016 nella sezione “Acquisti in ambito sanitario” anche nel corso dell'anno 2018, in caso di proroghe contrattuali per l'acquisto di beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del d.p.c.m. 24 dicembre 2015, nel provvedimento autorizzativo sarà inserita l'espressa indicazione che il bene o servizio acquistato “non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e i relativi indirizzi applicativi”.

Le U.O.C. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale, per quanto di rispettiva competenza, invieranno al RPCT un report annuale relativo al monitoraggio effettuato al fine di verificare l'effettiva attuazione di quanto sopra riportato.

### ULTERIORI MISURE

- ✓ Pubblicazione sul sito della Fondazione (<http://www.istituto-besta.it/Fornitori.aspx?doc=Elenco-gare-e-procedure-negoziare>) del provvedimento di nomina dei componenti delle commissioni di gara e relativi curricula.
- ✓ Rilascio da parte dei commissari di gara dichiarazioni attestanti:
  - l'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni;
  - di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 78, D. lgs. 50/2016);
  - se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 78, D. lgs. 50/2016);
  - di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi»(art. 78, D. lgs. 50/2016);

- di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;
  - assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 78 del D. lgs 50/2016 del Codice.
- ✓ Scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di struttura complessa, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa.

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

Il presente Piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, in conformità con le indicazioni del PNA 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 ai precedenti piani congiuntamente alle altre Fondazioni IRCCS Lombarde, rivolta in particolare al personale operante nelle aree a rischio "*incarichi e personale*" e "*contratti pubblici*", e del buon esito della stessa, si ritiene di proseguire l'attività formativa congiuntamente agli altri 3 IRCCS pubblici lombardi così da costituire una "Comunità di pratica dei 4 IRCCS".

I corsi che si propongono per il 2018 sono:

- formazione generalizzata rivolta a tutti i dipendenti attraverso la metodologia FAD;
- formazione sui compiti del DEC/RUP per il corretto controllo sull'esecuzione dei contratti

## **7. RESPONSABILITA'**

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 e s.m.i. , 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 – 2018 – 2020

### I. TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE

Come sancito dal D.lgs. n. 33 del 14 Marzo 2013 modificato e integrato dal D.lgs. 97 del 25 Maggio 2016, la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà. La Fondazione Besta si pone come obiettivo quello di promuovere 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.

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 e s.m.i., rende note le iniziative intraprese in una sorta di dichiarazione programmatica di intenti.

### 2. 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**

L'evoluzione normativa del diritto di accesso ha subito un notevole ampliamento con le disposizioni introdotte dal D.lgs. 97/2016, che si traduce nella fattispecie del cosiddetto **Accesso civico** compiutamente descritto al successivo punto 3.

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

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP - rientra tra le funzioni organizzative di staff alla Direzione Generale ed è composto da un responsabile, in possesso dei requisiti di cui alla L. n. 150/2000.

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

Correlandosi con il servizio Comunicazione e rapporti con i media, configurato quale funzione in staff della Presidenza, l'URP collabora alle iniziative per l'ottimizzazione e la valorizzazione dell'immagine della Fondazione e del rapporto con l'utenza.

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'URP ha il compito di far conoscere ai pazienti/utenti 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;
- effettua relazioni periodiche alla Direzione Generale su reclami e segnalazioni;
- collabora con le associazioni di volontariato operanti presso la Fondazione;
- supporta le attività di *fund raising* della Fondazione;

- collabora con la Presidenza della Fondazione e l'Ufficio Stampa relativamente alle iniziative di comunicazione interna/esterna ed alle attività redazionali della newsletter istituzionale INNBESTA;
- coordina, per quanto di competenza, la gestione del sito internet e della rete intranet aziendale e supervisiona i contenuti della video-informazione istituzionale;
- coordina l'indagine annuale di *Customer Satisfaction* regionale.

Ufficio	sede via Ceforia, 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

### **3. DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO**

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/143 del 29/09/2017 è stato approvato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, dati e documenti della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente. Il Regolamento recepisce le disposizioni del D.lgs. 33/2013 e s.m.i., le "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 c. 2 del D.lgs. 33/2013" adottate dall'ANAC con Determinazione n. 1309 del 28/12/2016 e la Circolare del n. 2/2017 del 30/05/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, contenente ulteriori raccomandazioni circa l'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato.

Il Regolamento disciplina le seguenti forme di accesso:

- **Accesso ai documenti amministrativi**, previsto dal Capo V art. 22 della Legge 241/1990 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e dal DPR 12/06/2006 n. 184 "Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi";

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

- **Accesso civico semplice**, disciplinato dall'art. 5, comma 1, del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del d.lgs. n. 97/2016 prevede il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omissa la pubblicazione. L'istanza di accesso non deve essere motivata e deve contenere le complete generalità del richiedente con i relativi recapiti, deve identificare correttamente i dati, le informazioni o i documenti di cui si chiede la pubblicazione.

Le istanze non devono essere generiche, ma consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione di cui è richiesto l'accesso.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

• **Accesso civico generalizzato** disciplinato dall'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del d.lgs. n. 97/2016, è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati ulteriori a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, del segreto di Stato, del segreto d'ufficio, del segreto statistico e della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del suddetto decreto legislativo.

La nuova tipologia di accesso civico generalizzato si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente oggetto tutti i dati, documenti ed informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

L'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente e non richiede motivazione.

Oggetto del diritto di accesso civico generalizzato sono anche i dati e le informazioni inerenti al documento, oltre al documento stesso. Per informazioni devono intendersi le rielaborazioni di dati detenuti dalle amministrazioni effettuate per propri fini contenuti in distinti documenti.

L'accesso civico generalizzato è escluso nei casi in cui una norma di legge dispone la non divulgazione di dati, come espressamente indicato al comma 3 del citato art. 5-bis (eccezioni assolute).

L'accesso civico generalizzato può incorrere in limiti posti a tutela di interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni, come previsto dai commi 1 e 2 dell'art. 5-bis del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'accesso civico generalizzato può essere altresì rifiutato dalla Fondazione se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.

In caso di indagini e relative attività in corso l'accesso può essere differito fino alla conclusione delle stesse.

Anche il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

Con il citato Regolamento è stata approvata altresì la specifica modulistica da utilizzare per l'esercizio delle diverse forme di accesso, alla quale è possibile accedere sia attraverso la pagina web istituzionale relativa all'Amministrazione Trasparente, sia nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – accesso civico".

Ai sensi delle Linee guida ANAC è stato introdotto il "**Registro degli accessi**", anch'esso pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – accesso civico", contenere l'elenco delle richieste di accesso pervenute in ordine cronologico, l'oggetto dei documenti/dati richiesti, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, allo scopo di agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate.

La gestione del Registro degli accessi è stata affidata all'UOC Affari Generali e Legali che svolge anche il monitoraggio sui procedimenti al fine di rilevare eventuali ritardi nella relativa conclusione per la successiva segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

#### **4. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

Come già illustrato al punto 5.3 della Sezione I del presente Piano, 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, 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 sulle 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, connotato 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.

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

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma triennale della Trasparenza e Integrità 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.

##### **5.1 GIORNATA DELLA TRASPARENZA**

La Fondazione “Carlo Besta” pianifica annualmente una “giornata della trasparenza” al fine di presentare a tutti gli stakeholder (istituzioni, associazioni e cittadini):

- Piano della performance
- Relazione sulla performance
- Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

La giornata della trasparenza rappresenta un momento di confronto 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 e condividere con tutti gli stakeholder (istituzioni, associazioni e cittadini) i documenti ed i contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente" dalla Fondazione, attraverso la pubblicazione sul sito di una locandina dell'evento unitamente ad una informativa.

## **5.2 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.

## **6. 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).

### **6.1 GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO)**

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 21 Marzo 2017, è stata rideterminata la composizione del Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, che collabora stabilmente con il R.P.C.T. della Fondazione nell'attività di monitoraggio della pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale.

Il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, costituito da n. 5 componenti si riunisce di norma una volta al mese ed effettua le verifiche circa le effettive pubblicazioni dei dati nelle singole voci che compongono la sezione Amministrazione Trasparente, evidenziando durante gli incontri le eventuali criticità emerse ed attestando l'avvenuta pubblicazione dei dati secondo le tempistiche previste dalla

normativa vigente. In tale ottica, il Gruppo Trasparenza, richiede ai singoli Responsabili della pubblicazione dei dati, l'invio di un monitoraggio trimestrale.

I verbali degli incontri del Gruppo Trasparenza vengono tempestivamente trasmessi a cura del R.P.C.T. ai Direttori responsabili della pubblicazione dei dati oggetto di verifica da parte del Gruppo. In caso di criticità rilevate, il Gruppo monitora costantemente la pubblicazione dei dati mancanti e/o incompleti segnalando al R.P.C.T. l'eventuale protrarsi delle inadempienze.

Il Gruppo Trasparenza convoca periodicamente i referenti delle singole UOC /Servizi in capo ai quali vige l'obbligo di pubblicazione dei dati, verificando, attraverso la normativa, la correttezza delle informazioni, dati e documenti pubblicati.

## **6.2 ATTESTAZIONI OIV / NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (MONITORAGGIO ESTERNO)**

Al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), sono attribuiti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit, funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza e pubblicazione rilasciata dal NVP è finalizzata a certificare la veridicità e attendibilità delle informazioni riportate nella griglia di attestazione, trasmessa dal R.P.C.T., riguardo all'assolvimento di ciascun obbligo di pubblicazione sul sito web dell'amministrazione nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" dei dati previsti dalle leggi vigenti, nonché dell'aggiornamento dei medesimi dati al momento dell'attestazione.

Per certificazione della veridicità, si intende la conformità tra quanto rilevato dal NVP nella griglia di monitoraggio ed attestazione e quanto pubblicato sul sito istituzionale al momento dell'attestazione.

L'attestazione viene rilasciata con cadenza annuale e secondo le indicazioni diffuse dall'ANAC su specifiche categorie di dati.

L'attestazione non esaurisce e non si sostituisce ad eventuali ulteriori verifiche che l'NVP può decidere di effettuare d'ufficio oppure a seguito delle segnalazioni interne del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza o delle segnalazioni pervenute da ANAC o dagli stakeholder.

## **7. FASI E SOGGETTI RESPONSABILI**

Il D.lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.lgs. 97/2016 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 RPTC e i Dirigenti responsabili degli uffici interessati dall'obbligo di pubblicazione si avvalgono di una rete di referenti al fine di garantire il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare per il rispetto dei termini di legge, ferma restando la responsabilità del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione, in capo ai Dirigenti dei settori interessati.

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

## **8. RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONI APPALTANTI (RASA)**

Con Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012 n. 221, è stata istituita l'AUSA - Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti.

La Fondazione Besta ha provveduto ad individuare il Direttore della U.O.C. Provveditorato Economato quale Responsabile (RASA) preposto all'inserimento e all'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della Fondazione in quanto stazione appaltante.

L'individuazione del RASA è intesa dalla citata normativa, come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

## **9. "DATI ULTERIORI"**

La Fondazione Besta provvede alla pubblicazione dei i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla L. 190/2012 e s.m.i. art. 1 co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i., nel rispetto della normativa sulla riservatezza e sulla protezione dei dati personali.

Tali dati riguardano sia informazioni non più soggette all'obbligo di pubblicazione, ai sensi del D.lgs. 97/2016, sia nuove informazioni che saranno pubblicate nella sezione Altri contenuti – dati ulteriori.

Si specificano di seguito le tipologie di dati che la Fondazione intende pubblicare pur non sussistendo l'obbligo ai sensi del D.lgs. 97/2016:

- elenco dei provvedimenti degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (rif. norm. Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012) - dati non più soggetti a obbligo di pubblicazione ai sensi del D.lgs. 97/2016;
- creazione nella sezione "altri contenuti – dati ulteriori" del link alla pagina del nuovo sito istituzionale in cui verranno pubblicati i progetti di ricerca internazionali e nazionali in cui la Fondazione Besta è ente capofila o partner.

Inoltre, in conformità agli artt. 2 e 4 della Legge 24/2017 (Legge Gelli) e alle Linee Guida Regionali Attività di Risk Management - anno 2018, nella sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" verranno pubblicati entro il 31 Marzo di ogni anno i dati relativi a:

- importo risarcimento danni in ambito sanitario: verrà pubblicato il dato aggregato annuo degli importi risarciti (somma complessiva dell'importo a carico della compagnia assicuratrice e/o della Fondazione) con riferimento all'ultimo quinquennio;
- relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.



\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*\*

**ALLEGATI AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2018-2020**

ALL 1 ) Mappatura dei processi ai fini del PTPC 2018/2020

ALL 2 ) Elenco degli obblighi di pubblicazione