



Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA P.T.P.C.T. 2022 – 2024



LEGENDA.....	4
PREMESSA.....	5
SEZIONE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	6
1. AMBITO NORMATIVO	6
2. OBIETTIVI STRATEGICI DEL P.T.P.C.T.....	11
3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE	12
4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C.T. 2022 – 2024.....	16
4.1 ANALISI CONTESTO ESTERNO	17
4.2 ANALISI CONTESTO INTERNO	20
4.2.1 IL CONTESTO 2021	23
4.2.2 LA FONDAZIONE IN CIFRE	24
4.3 ATTIVITÀ DI GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI	26
4.3.1 GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI NELLA FONDAZIONE	29
4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO.....	30
5. AZIONI E MISURE DI PREVENZIONE DEL P.T.P.C.T. 2022-2024.....	32
5.1 LE MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLA DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI.	32
5.2 CODICE DI COMPORTAMENTO	33
5.3 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE	34
5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE	35
5.4.1 ROTAZIONE ORDINARIA	35
5.4.2 ROTAZIONE STRAORDINARIA	36
5.5 GESTIONE CONFLITTO D'INTERESSE.....	37
5.6 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001 – PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.	38
5.7 DIVIETO DI SVOLGERE ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO – PANTOUFLAGE	39
5.8 INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ.....	40
5.9 CONTROLLI SUL CASELLARIO GIUDIZIALE AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI.....	41
5.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)	42
5.11 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO.	43
5.12 STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I CONTRAENTI.....	44
5.13 PROGRAMMA BIENNALE DI FORNITURE E SERVIZI E PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI.	44
5.14 FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	46
5.15 GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO.....	47
5.16 RAPPORTI TRA R.P.C.T. E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI – RPD/DPO (REG. UE 2016/679).....	48
5.17 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA (ALPI)	50
5.18 LINEE GUIDA DI CONDOTTA RESPONSABILE DELLA RICERCA.....	50
5.19 MONITORAGGIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT	53
5.20 SPONSORIZZAZIONI DI PROGETTI DI RICERCA E SPERIMENTAZIONI.....	54
5.21 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO.....	55
5.22 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL P.T.P.C.T. 2022 – 2024.....	55
5.22.1 ACQUISTI AUTONOMI E PROROGHE CONTRATTUALI.....	55
5.22.2 PATTO D'INTEGRITÀ.....	56
5.22.3 BENI E SERVIZI INFUNGIBILI.....	57
5.22.4 DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO (DEC)	57
5.22.5 LAVORO AGILE	58
5.22.6 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	58
5.22.7 ULTERIORI MISURE.....	60
6 INIZIATIVE FORMATIVE	61



7	RESPONSABILITA' E SANZIONI.....	62
8	OBIETTIVI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ANNO 2022	63
	SEZIONE 2 - TRASPARENZA	64
1.	TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE.....	64
2.	STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA.....	65
3.	DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO.....	67
4.	COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE	69
5.	TRATTAMENTO DEI DATI - PRIVACY	70
6.	INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA' E DELLA TRASPARENZA.....	71
7.	MISURE DI MONITORAGGIO E DIVIGILANZA	72
7.1	GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO)	72
7.2	ATTESTAZIONI OIV – NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	72
	(MONITORAGGIO ESTERNO).....	72
8.	FASI E SOGGETTI RESPONSABILI	73
8.1	RESPONSABILITÀ DERIVANTE DALLA VIOLAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OBBLIGHI DI TRASPARENZA PER CASI SPECIFICI.....	74
9.	RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONI APPALTANTI (RASA)	74
10.	“DATI ULTERIORI”	74
ALL 1)	MAPPATURA DEI RISCHI.....	75
ALL 2)	ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	75



LEGENDA

ANAC	Autorità Nazionale Anti Corruzione
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
C.I.V.I.T.	Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ora A.N.AC.)
I.A.	Internal Audit
NVP	Nucleo di Valutazione
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
O.R.A.C.	Organismo Regionale per le Attività di Controllo
PNA	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
R.P.D./ D.P.O	Responsabile Protezione Dati / Data Protection Officer
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari



PREMESSA

Il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)** è lo strumento attraverso il quale la Fondazione rende sistematico il processo di prevenzione dei fenomeni corruttivi, delineando il programma delle attività volte a contrastare tali fenomeni.

Il P.T.P.C.T. per il triennio 2022 - 2024 si pone in rapporto di continuità evolutiva con la strategia di tutela della legalità finora posta in essere dalla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta".

Tiene conto delle indicazioni operative fornite da ANAC con specifico riferimento all'ambito della sanità (in particolare con l'aggiornamento 2015 al PNA, determina n. 12 del 28 ottobre 2015 e con il PNA 2016, delibera n. 831 del 3 agosto 2016).

Il presente Piano sviluppa, anche a livello di tecnica redazionale, strumenti operativi di semplificazione e chiarezza delle informazioni, al fine di garantirne maggiore efficacia. Sia la Sezione I, dedicata alla Prevenzione della Corruzione, sia la Sezione II, dedicata alla Trasparenza, contengono collegamenti ipertestuali al sito istituzionale che consentono una maggiore facilità di ricerca e comprensione delle informazioni richiamate. Le rappresentazioni grafiche presenti nel Piano forniscono con immediatezza i dati più rilevanti per contestualizzare l'azione di prevenzione della corruzione.

Al fine di migliorare il sistema di gestione del rischio corruttivo, sono chiaramente individuati i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e le responsabilità. Secondo gli assetti organizzativi e i fini istituzionali dell'Ente si intende dare attuazione a un sistema diffuso di partecipazione consapevole alle azioni di prevenzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, conformemente alla normativa di riferimento.

Al fine di rendere effettive le prescrizioni e le attività previste dal P.T.P.C.T., esso si raccorda con gli altri strumenti strategici della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", tra i quali, in particolare:

- **Piano della Performance**
http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/060_perf/010_pia_per/2022/Documenti_1643638418889/
- **Codice Etico**
(<https://www.istituto-besta.it/statuto-privacy-e-codice-etico>)
- **Codice di Comportamento**
(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/010_dis_gen/020_att_gen/2013/0004_Documenti_1387790745298/)
- **Piano di Organizzazione Aziendale Strategico**
(<https://www.istituto-besta.it/piano-di-organizzazione-aziendale-strategico-poas>)



Sezione I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I. AMBITO NORMATIVO

Il presente P.T.P.C.T. è strumento di prevenzione del verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta".

La nozione di corruzione va intesa in senso ampio, come forma di abuso o malfunzionamento del potere e dell'attività istituzionale che favorisca interessi privati a discapito dell'interesse generale.

La corruzione consiste *"in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli."* (Definizione riportata nelle convenzioni ONU, OCSE e Consiglio d'Europa).

Tale accezione non coincide dunque con quella di natura penalistica sottesa alla configurazione dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice Penale: anche gli atti e i comportamenti che non integrano le fattispecie dei reati contro la pubblica amministrazione possono concretizzare eventi corruttivi se pregiudicano l'aspettativa dei cittadini sull'imparzialità e sul buon andamento dell'Amministrazione.

- La principale fonte nazionale della normativa che disciplina tale ambito è rappresentata dalla **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 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* (in attuazione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione adottata a Merida il 31 ottobre 2003).

Nel solco della normativa internazionale, tale Legge detta una disciplina organica alle misure di contrasto al fenomeno corruttivo in Italia, agendo sotto due profili, quello amministrativo-preventivo e quello penalistico-sanzionatorio.

Introduce un sistema di prevenzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione che agisce:

- a livello nazionale, attraverso la predisposizione da parte dell'ANAC del PNA,
- a livello decentrato, con l'adozione e l'aggiornamento annuale da parte di ciascuna Amministrazione del proprio P.T.P.C.T., in conformità agli indirizzi dati dall'Autorità.

- Ai sensi dell'art. 1, comma 35, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 è stato adottato il **D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33**, recante *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*. Tale normativa integra l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione.

L'art. 5, comma 1 dello stesso decreto legislativo riconosce il diritto di chiunque di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati di cui sia stata omessa la pubblicazione obbligatoria (cd. accesso civico semplice).



- Ai sensi dell'art. 1, comma 49, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 è stato adottato il **D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39**, recante *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”*.
- Ai sensi dell'art. 1, comma 44, della Legge 6 novembre 2012, n. 190, che ha sostituito l'art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, è stato attribuito al Governo il compito di definire un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, 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. Col **Decreto Presidente Repubblica 16 aprile 2013, n. 62** è stato introdotto il “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici” che prevede l'adozione da parte delle singole amministrazioni di propri regolamenti in conformità alle prescrizioni ivi contenute.
- Il **D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97** rubricato *“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 rafforzato il valore della trasparenza nell'organizzazione e nel funzionamento dell'attività amministrativa e nei rapporti con i cittadini.
In particolare, intervenendo sull'art. 5 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, è stato riconosciuto il diritto di chiunque di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati detenuti dalla Pubblica Amministrazione ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (cd. accesso civico generalizzato), nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti. Ciò allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.
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.).
- La normativa sulla trasparenza amministrativa va coordinata con la disciplina sulla privacy contenuta nel **Regolamento Europeo 2016/679** (cd. GDPR) e nella normativa nazionale di adeguamento (**D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101**).

La nuova ampia concettualizzazione della trasparenza nell'attività amministrativa richiede infatti il rispetto dei limiti al diritto di informazione di cui il cittadino gode in conformità alla normativa e alla giurisprudenza sul tema.

- Per agevolare l'emersione dei fenomeni corruttivi la **Legge 30 novembre 2017, n. 179** *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”* (Whistleblowing), ha rafforzato la tutela del pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, modificando l'art. 54 bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 che era stato introdotto dalla L. 6 novembre 2012, n. 190. Con **delibera n. 469, del 9 giugno 2021**, ANAC ha emanato le *“Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a*



conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001" (c.d. whistleblowing).

- Sotto il profilo della repressione dei reati contro la pubblica amministrazione, la Legge 6 novembre 2012, n. 190 ha rimodulato le fattispecie penali e il relativo regime sanzionatorio, che con la **Legge 9 gennaio 2019, n. 3** "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici" sono stati oggetto di ulteriore revisione in senso maggiormente punitivo.

Come già evidenziato, 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 in particolare l'aggiornamento 2015 del PNA 2013 che al punto 2.1 "nozione di corruzione" *conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.*

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 affida all'ANAC lo svolgimento, a livello nazionale, di attività di controllo, di prevenzione e di contrasto dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

L'ANAC con proprie determinazioni ha fornito indicazioni alle pubbliche amministrazioni al fine di offrire un supporto operativo per un'efficace sistema di prevenzione a livello decentrato.

Risultano adottati i seguenti PNA:

- **PNA 2013** – Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72;
- **aggiornamento PNA 2015** – Determinazione ANAC n. 12, del 28 ottobre 2015;
- **PNA 2016** – Determinazione ANAC n. 831, del 3 agosto 2016;
- **aggiornamento PNA 2017** – Delibera ANAC n. 1208, del 22 novembre 2017;
- **PNA 2018** – Delibera ANAC n. 1074, del 21 novembre 2018;
- **PNA 2019** – Delibera ANAC n. 1064, del 13 novembre 2019.

L'**ANAC** in considerazione delle profonde e sistematiche riforme che interessano i settori cruciali del sistema del Paese, e primi tra essi quello della prevenzione della corruzione e quello dei contratti pubblici, ha ritenuto, di limitarsi, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019-2021 a fornire un quadro delle fonti normative e delle delibere sopravvenute e rilevanti rispetto all'originaria approvazione del Piano triennale. Le stesse vengono riportate di seguito:

- **delibera n. 1201, del 18 dicembre 2019**, recante "Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconfiribilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione – art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001"



- **delibera n. 25, del 15 gennaio 2020**, avente ad oggetto *“Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici”*;
- **delibera n. 177, del 19 febbraio 2020**, riguardante le *“Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”*
- **delibera n. 600, del 1° luglio 2020**, avente ad oggetto *“Ipotesi di incompatibilità interna prevista con riferimento allo svolgimento di determinate funzioni”*. Ove un'amministrazione, sulla base dell'individuazione fatta a priori di situazioni di conflitto di interessi, vieti a propri dipendenti l'esercizio di alcune attività all'interno della stessa amministrazione, si configura un'ipotesi di incompatibilità “interna” di carattere eccezionale non riconducibile alle ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013. Tale tipo di incompatibilità “interna” è espressione dell'autonomia organizzativa di un'amministrazione e incide sull'assetto organizzativo degli uffici e sul riparto dei compiti e delle attribuzioni tra i dipendenti, senza tuttavia comportare limitazioni degli spazi di autonomia e di libertà individuali, 3 come invece nelle ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013.
- **delibera n. 1120, del 22 dicembre 2020**, afferente alla *“Richiesta di parere del Ministero della Difesa in merito alle novità introdotte dal decreto-legge 16/7/2020 n. 76, convertito con legge 11/9/2020 n. 120, in materia di patti di integrità”*. L'esclusione dalla gara per violazione degli obblighi assunti con la sottoscrizione del patto di integrità è compatibile con il principio di tassatività delle clausole di esclusione previsto dall'articolo 83, comma 6, del codice dei contratti pubblici, essendo prevista da disposizioni di legge vigenti. Le previsioni del patto di integrità non devono eccedere la finalità di scongiurare illecite interferenze nelle procedure di gara, in coerenza con il principio comunitario di proporzionalità. L'esclusione è in ogni caso disposta previa valutazione della sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto dalla sanzione espulsiva e in ottemperanza ai principi che regolano il procedimento amministrativo. L'esclusione conseguente al mancato rispetto degli obblighi assunti con la sottoscrizione del protocollo di legalità opera limitatamente alla gara in corso di svolgimento. Soltanto nel caso in cui la condotta posta in essere dall'operatore economico integri anche altre fattispecie di esclusione, quali ad esempio quelle previste dall'articolo 80, comma 5, lettera f-bis) oppure lettera c-bis) del codice dei contratti pubblici, la rilevanza ostativa della condotta si estende anche alle altre procedure di gara nei modi e tempi previsti dalle disposizioni di riferimento. In tali eventualità l'operatore economico potrà avvalersi delle misure di self-cleaning, con effetto pro futuro, per sterilizzare gli effetti conseguenti alla realizzazione della condotta illecita. Le misure previste dall'articolo 32 del decreto-legge 90/2014 operano nella fase successiva all'aggiudicazione della gara, al fine di consentire la prosecuzione del contratto in corso di svolgimento. Il dato letterale e la finalità sottesa alla previsione in esame non ne consentono l'applicazione in caso di violazione degli impegni assunti con il patto di integrità che intervenga nella fase di partecipazione alla gara.
- **delibera n. 773, del 24 novembre 2021** recante *“Schema di disciplinare di gara - Procedura aperta telematica per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo. (Bando-tipo n. 1/2021). (pubblicato in G.U. Serie Generale n. 305 del 24-12-2021), con la quale il Consiglio dell'Autorità ha approvato il nuovo bando tipo n. 1, adottato ai sensi dell'art. 71, comma 1, e dell'art. 213, comma 2, del decreto legislativo n. 50/2016, unitamente alla nota illustrativa, alla relazione AIR e al documento recante le osservazioni pervenute in sede di consultazione pubblica. Il nuovo bando ha sostituito il precedente approvato con deliberazione n. 1228 del 22 novembre 2017.*



A livello decentrato, l'attività della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" è regolata dal **D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502** recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*", dal **Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288** recante "*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3*" e dalla **Legge Regione Lombardia 30 dicembre 2009 n. 33** "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" (come modificata dalla L.R. 11 agosto 2015 n. 23 e s.m.i.).

In attuazione del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, con Decreto del Ministero della Salute del 28 aprile 2006 l'Istituto è stato trasformato in Fondazione e si è contestualmente dotato del primo Statuto.

L'attuale **Statuto** dell'Ente è stato approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 9 del 6 febbraio 2012:

(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/010_dis_gen/020_att_gen/2014/0003_Documenti_1392039642437/).

La Fondazione ha adottato i seguenti Piani triennali per la prevenzione della corruzione:

- PTPC 2014 2016 deliberazione CDA n. 116 del 28/01/2014
- PTPC 2015-2017 deliberazione CDA n. 176 del 26/01/2015
- P.T.P.C.T. 2016 2018 deliberazione CDA n. 9 del 29/01/2016
- P.T.P.C.T. 2017-2019 deliberazione CDA n. 89 del 27/01/2017
- P.T.P.C.T. 2018-2020 deliberazione CDA n. 165 del 30/01/2018
- P.T.P.C.T. 2019-2021 deliberazione CDA n. 7 del 28/01/2019
- P.T.P.C.T. 2020-2022 deliberazione CDA n. 1 del 31/01/2020
- P.T.P.C.T. 2021-2023 deliberazione CDA n. 20 del 25/03/2021

L'ANAC, in data 16 dicembre 2020, ha sottoscritto un "**Protocollo di azione di vigilanza collaborativa con il Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19**" finalizzato a verificare la conformità degli atti di gara alla normativa di settore, all'individuazione di clausole e condizioni idonee a prevenire tentativi di infiltrazione criminale, identificando all'interno di aree particolarmente critiche o di azioni/misure rilevanti, un numero limitato di specifici affidamenti sui quali espletare l'attività disciplinata dal Regolamento sull'esercizio dell'azione di vigilanza collaborativa in materia di contratti pubblici, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 178 del 1° agosto 2017.

La **Corte dei Conti, con Deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR, del 7 ottobre 2020**, ha emanato le "*Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da Covid 19*" al fine di fornire un supporto per il raccordo tra le tradizionali linee guida emanate o emanande dalla Sezione delle autonomie e l'attività che nel periodo emergenziale svolgono e svolgeranno gli organi e le strutture di controllo interno degli enti territoriali e sanitari, a sostegno delle rispettive Amministrazioni, per una strategica risposta agli impatti dell'epidemia da COVID-19 sulle loro organizzazioni.

Legge 27 dicembre 2019, n. 160, recante "**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022**":

- ✓ l'art.1, co. 145 ha modificato l'art. 19 "Bandi di concorso" del D.lgs. n. 33/2013 introducendo l'obbligo di pubblicare anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori ed aggiungendo il comma 2-bis in base al quale i



soggetti di cui all'art. 2-bis del D.lgs. n. 33/2013 assicurano, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, la pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui all'art. 19.

- ✓ L'art. 1, co. 163, ha sostituito il comma 1 dell'art. 46 del D.lgs. n. 33/2013, in materia di responsabilità dirigenziale per inadempimento degli obblighi di pubblicazione, prevedendo l'applicazione delle medesime sanzioni di cui all'art. 47, co. 1-bis.

Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113, riguardante le *“misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* che prevede l'adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, di un *“Piano integrato di attività e di organizzazione”* *“nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190”*.

Tra le misure di semplificazione in materia di contratti pubblici previste dal PNRR e dal **Decreto legge 31 maggio 2021, n. 77** recante *“Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”* ha altresì introdotto il **Fascicolo virtuale dell'operatore economico**, misura che costituisce un'evoluzione del sistema attuale Avcpass, ed ha innovato l'art. 81, comma 4, del D.Lgs. 50/2016 secondo cui *“presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici è istituito il fascicolo virtuale dell'operatore economico nel quale sono presenti i dati di cui al comma 2 per la verifica dell'assenza di motivi di esclusione di cui all'articolo 80, l'attestazione di cui all'articolo 84, comma 1, per i soggetti esecutori di lavori pubblici, nonché i dati e documenti relativi ai criteri di selezione di cui all'articolo 83 che l'operatore economico carica”*.

Delibera Giunta Regionale n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 *“Linee guida in materia di trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture”* (cfr. par. 5.13-ter).

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

Il presente Piano tiene conto della specificità del settore sanitario e della ricerca in cui opera la Fondazione, che persegue le seguenti finalità statutarie:

- svolgimento attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale;
- elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri Enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;



- attivare accordi con Università e altri Enti di formazione per supportarli nell'attività di formazione pre e post laurea;
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica;
- promuovere la ricerca traslazionale e applicata e tutelare la proprietà dei suoi risultati;
- svolgere ogni altra attività funzionale al perseguimento delle finalità istituzionali.

Nel perseguimento della missione aziendale, la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta” attua una strategia di prevenzione dei comportamenti corruttivi favorendo, nell'ambito del proprio assetto istituzionale e organizzativo, comportamenti ispirati ai principi di legalità, trasparenza, imparzialità e buona amministrazione.

Nell'ambito delle suddette finalità e tenuto conto dell'importanza e complessità del bene salute su cui l'attività istituzionale incide, il presente P.T.P.C.T. tiene conto delle raccomandazioni date dall'ANAC, per un'efficace azione preventiva dei fenomeni corruttivi nel settore sanitario, in particolare nella “*Parte speciale Titolo II Sanità*” dell'aggiornamento al PNA 2015 e PNA 2016.

La Fondazione, come da indicazioni contenute nel PNA 2019, individua i seguenti **obiettivi strategici** nella prevenzione del rischio corruttivo da applicare anche per il triennio 2022-2024, da realizzare mediante specifiche misure:

- promozione di iniziative formative (formazione generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità per la sensibilizzazione del personale;
- innalzamento del livello qualitativo e monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;
- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare attraverso la pubblicazione di dati “ulteriori” rispetto a quelli obbligatori.

3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

In conformità alla Legge n. 190/2012 e secondo gli indirizzi dell'ANAC, il presente P.T.P.C.T. configura un sistema articolato di soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione, a livello nazionale, regionale e all'interno dell'Ente.

A livello nazionale e regionale:

- **A.N.A.C.**: è un'Autorità Amministrativa Indipendente che persegue quale missione istituzionale la prevenzione della corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche e delle società partecipate e controllate, anche mediante l'attuazione della trasparenza, l'attività di regolazione nell'ambito dei contratti pubblici, di vigilanza degli incarichi e di ogni ambito amministrativo che possa sviluppare fenomeni corruttivi. Esercita poteri di vigilanza e controllo, ispettivi e sanzionatori. Formula pareri su richiesta delle Amministrazioni e può ordinare l'adozione o la cessazione di atti o comportamenti;
- **Corte dei Conti**: partecipa, attraverso le funzioni di controllo, all'attività di prevenzione di fenomeni corruttivi;
- **Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione**: istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013, 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 valutazione e misurazione della performance delle Amministrazioni e come coordinatore della loro attuazione;
- **Scuola Nazionale di Amministrazione:** predispone corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni;
- **A.G.E.N.A.S.:** (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali) Ente pubblico non economico sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute, che supporta a livello tecnico e operativo le Regioni e gli Enti del S.S.N. per assicurare elevati standard qualitativi e quantitativi nell'erogazione dei servizi sanitari di Stato e Regioni. Svolge attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione;
- **O.R.A.C.:** Organismo Regionale per le Attività di Controllo (Regione Lombardia) istituito con la Legge regionale della Lombardia n. 13, del 28 settembre 2018, sostituendo e riunendo le competenze di Arac, del Comitato controlli e del Comitato per la legalità e la trasparenza. Ha il compito di vigilare sulla trasparenza e la regolarità dei contratti pubblici, di rafforzare il sistema dei controlli interni degli enti del Sistema regionale e di supportarli nell'attuazione e nell'aggiornamento dei P.T.P.C.T.

All'interno della Fondazione:

- **Consiglio di Amministrazione**
 - ✓ nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e assicura che disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico;
 - ✓ adotta il P.T.P.C.T. ed i suoi aggiornamenti definendone gli obiettivi strategici;
 - ✓ fornisce atti di indirizzo direttamente o indirettamente connessi con la prevenzione dell'illegalità.
- **Direzione Strategica e Direzione Scientifica**
 - ✓ nell'esercizio dei poteri di gestione attribuiti dall'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nel P.T.P.C.T.;
 - ✓ partecipano al processo di aggiornamento annuale del Piano formulando indicazioni e condividendo i contenuti da sottoporre al C.d.A.
- **Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.):**
 - ✓ predispone annualmente, entro i termini stabiliti dall'ANAC, l'aggiornamento al P.T.P.C.T. da presentare al Consiglio di Amministrazione per l'adozione;
 - ✓ vigila sull'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;
 - ✓ svolge un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), all'Autorità nazionale



anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- ✓ 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".

- **Direttori/Dirigenti:**

- ✓ sono responsabili del corretto adempimento delle attività loro attribuite e previste nel Piano;
- ✓ svolgono attività di monitoraggio e di informativa nei confronti del R.P.C.T.;
- ✓ 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 inviano all'Ufficio per i procedimenti (UPD) le segnalazioni per l'avvio dei procedimenti disciplinari;
- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- ✓ partecipano alla stesura del Piano.

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza individuati in ciascuna Unità Operativa / Direzione:**

- ✓ svolgono attività informativa nei confronti del Direttore della UOC di appartenenza e del R.P.C.T. e di costante monitoraggio sull'attività prevista dal Piano, trasmettendo al R.P.C.T. i report di monitoraggio sulle attività previste dal piano;
- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.

- **Team 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.

- **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP):**

- ✓ 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 P.T.P.C.T. con quelli indicati nel Piano delle Performance;
- ✓ verifica l'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit, funzionale all'attestazione annuale che viene 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.



- **Data Protection Officer – DPO**

- ✓ responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali della Fondazione in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento Europeo n. 2016/679 (GDPR).

- **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

- ✓ delegato alla valutazione e alla trasmissione alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) della Banca d'Italia delle segnalazioni di operazioni sospette.

- **tutti i dipendenti della Fondazione:**

- ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o al R.P.C.T.;
- ✓ partecipano all'attività formativa e sono parte del sistema di diffusione della cultura della legalità dell'Ente.

- **collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione:**

- ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito;
- ✓ si impegnano ad osservare il codice di comportamento / patti di integrità della Fondazione.

Il coinvolgimento di tutto il personale della Fondazione è decisivo per assicurare l'effettività delle misure previste nel Piano, pertanto, l'attività del R.P.C.T. deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.





4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C.T. 2022 – 2024

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

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, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA 2019.

Il R.P.C.T. si è avvalso, per una fattiva partecipazione al processo di definizione del Piano, del supporto della Direzione Strategica e Scientifica, dei Dirigenti e dei referenti anticorruzione operanti nelle aree individuate “sensibili” dalla Legge n. 190/2012.

Le tematiche del Piano sono state oggetto di esame e/o riesame. Ogni attore coinvolto ha fornito supporto e indicazioni per l'aggiornamento delle misure da inserire nel presente piano. A tal fine il R.P.C.T. ha effettuato degli incontri con i soggetti interessati per l'individuazione e condivisione delle misure di prevenzione da adottare.

Il P.T.P.C.T. 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 soluzioni organizzative per preservare la Fondazione dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività.

I contenuti del presente P.T.P.C.T. 2022 – 2024 sono stati valutati e condivisi dal Consiglio di Amministrazione e, al fine di assicurare il più ampio coinvolgimento, la bozza del documento è stata pubblicata sul sito web istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente, per raccogliere eventuali suggerimenti in previsione dell'approvazione definitiva.

Il presente P.T.P.C.T. 2022 – 2024 viene pubblicato sul sito istituzionale della Fondazione nell'area “Amministrazione Trasparente”, sia nella Sezione “Disposizioni Generali”, sia nella Sezione “altri contenuti – prevenzione della corruzione”:

http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/lombardia/fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_besta/222_alt_con_corr/.

In un'ottica complessiva di gestione dei rischi corruttivi e delle relative azioni di prevenzione, il presente Piano è da intendersi integrato con i seguenti atti strategici adottati dalla Fondazione:

- **Codice Etico**, approvato con Delibera CDA n. 60/2010;
- **POAS** triennio 2016/2018, adottato con Ordinanza Presidenziale n. 19 del 14 febbraio 2017 ed approvato da Regione Lombardia con DGR n. X/6250, del 20 febbraio 2017;

¹ NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: Con Ordinanza Presidenziale n. 20, del 11 novembre 2020, ratificata con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 82, del 26 novembre 2020, è stato nominato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della Fondazione IRCCS Carlo Besta l'Avv. Enzo Quadri, Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali.



- **Codice di comportamento**, approvato con Delibera del CDA n. IV/214, del 23 luglio 2018;
- **Piano delle Performance anno 2021**, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 69/2021, del 27 gennaio 2021.

4.1 ANALISI CONTESTO ESTERNO

Il presente Piano è stato redatto tenendo conto del contesto e delle dinamiche socio demografiche in cui opera la Fondazione IRCCS Istituto Besta.

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

Dall'analisi dei dati del censimento del 2019, l'ISTAT ha rilevato che la popolazione lombarda presenta una struttura per età simile a quella italiana. L'età media è pari a 45 anni contro i 45,2 dell'Italia: il 46,8% dei lombardi ha meno di 45 anni (il 46,5% a livello nazionale), il 22,9% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Tuttavia, il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia anche in Lombardia un progressivo invecchiamento della popolazione. Tre classi di età sotto i 50 anni registrano variazioni negative sebbene più contenute delle variazioni medie nazionali (da 0 a 9 anni, da 30 a 39 anni e da 40 a 49 anni). I bambini con meno di 10 anni diminuiscono di 83 mila unità; mentre aumenta il numero di giovani da 10 a 19 anni e da 20 a 29 anni, rispettivamente di 87 mila unità e 33 mila unità. Crescono, più che nel resto d'Italia, consistenza e peso delle classi più anziane. Sono 2,3 milioni i residenti con più di 64 anni; i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 257 mila a 358 mila. Alla Lombardia spetta il primato dei residenti centenari e ultracentenari, che sono 2.318 (16% rispetto al totale nazionale).

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

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'1 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).

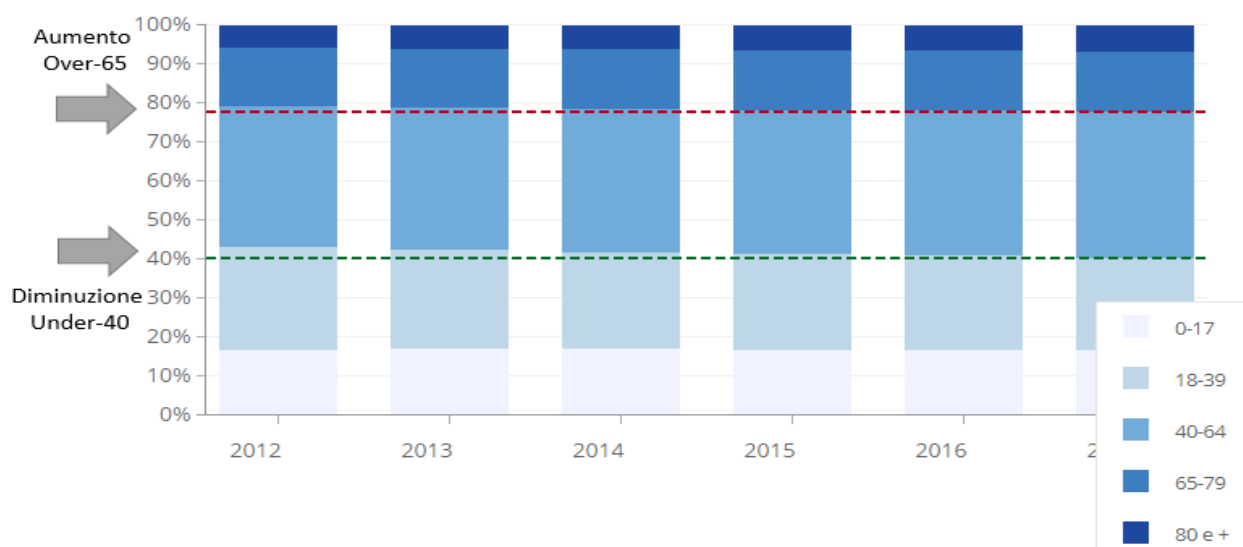


Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo di competenze regionali, riconosciute con le riforme per l'aziendalizzazione del SSN (L. 502/92 e 517/93).

Le Fondazioni IRCCS, a seguito della riforma attuata con la L.R. 23/2015, 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.

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.

Con riferimento alla distribuzione della popolazione nelle diverse fasce d'età, oltre all'aumento degli over 65enni, si nota una diminuzione degli under 40enni.



Popolazione Lombarda per fasce d'età 2012-2017

La quota dei giovani sul totale della popolazione è molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente, anche considerando il peso delle età più avanzate.

E' facile prevedere che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana, dovuto sia all'aumento della aspettativa di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali.



Il territorio lombardo si caratterizza per l'insistere di grandi realtà industriali o manifatturiere ed artigianali, nonché per la presenza di interessi legati all'edilizia (privata e pubblica) e alle grandi opere.

Per quanto riguarda gli aspetti di ordine criminologico, dalla “*Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA)*” (secondo semestre 2020), è possibile osservare, in linea di massima, che la Lombardia, regione italiana più popolosa, attrae consistenti flussi migratori e, per la sua estensione territoriale, la particolare collocazione geografica e la presenza di importanti scali aerei e nodi viari e ferroviari, è snodo nevralgico di traffici illeciti nazionali ed internazionali. Proprio per questo motivo le diverse compagini criminose adattano le proprie strategie al fine di infiltrarsi nell'economia per sfruttare le opportunità offerte dal tessuto socio economico locale. Inoltre, dalla citata relazione emerge che:

- l'area lombarda è interessata da molteplici manifestazioni di criminalità ben diversificate tra loro, con caratteristiche e modus operandi che variano in funzione delle province in cui si manifestano e dei settori illeciti d'intervento;
- vi è una certa permeabilità del tessuto economico ed imprenditoriale lombardo ad infiltrazioni criminali, con casi di corruzione, nell'ambito delle proprie attribuzioni, da parte di Amministratori pubblici e dirigenti di strutture pubbliche, anche afferenti settori sensibili per la comunità;
- l'azione di contrasto alle organizzazioni criminali si sta spingendo nell'esplorazione di illeciti che spesso emergono con fattispecie di natura fiscale o amministrativa, che potrebbero costituire il terreno su cui realizzare l'intreccio d'interessi tra criminali, politici, amministratori ed imprenditori;
- in tale contesto, nel suo percorso evolutivo, la criminalità organizzata - capace non solo di integrarsi con l'economia legale ma anche di anticiparne le opportunità - ha perfettamente compreso quanto siano labili i confini tra attività illecite e lecite, inquinando il sistema economico, attraverso metodiche corruttive finalizzate ad infiltrare la Pubblica Amministrazione - ed il relativo “mondo” dei pubblici appalti - anche grazie alla disponibilità di professionisti compiacenti;
- una compiuta analisi delle infiltrazioni mafiose sul territorio regionale non può prescindere dalle operazioni di polizia giudiziaria portate a compimento nel secondo semestre 2020. Il quadro di analisi che ne scaturisce evidenzia un'elevata infiltrazione mafiosa nel tessuto imprenditoriale, nel settore degli appalti pubblici e nel rilascio delle autorizzazioni, licenze e concessioni pubbliche;
- l'analisi delle operazioni di polizia giudiziaria eseguite nel secondo semestre 2020 e il monitoraggio operato dai Gruppi Interforze presso le Prefetture lombarde hanno restituito ulteriori elementi rivelatori del radicamento del fenomeno mafioso nel territorio regionale. Esso infatti trova conferma anche nei numerosi provvedimenti interdittivi assunti dai citati uffici territoriali di Governo, la maggior parte dei quali relativi a contesti di 'ndrangheta e in misura minore di criminalità organizzata siciliana e campana.
- occorre altresì considerare l'emergenza sanitaria connessa alla rapida diffusione del COVID-19, sviluppatasi nel 2020, un'emergenza globale e senza precedenti che impone indagini ed approfondimenti, perché, se non adeguatamente gestita nella fase di ripresa post lockdown, può rappresentare un'ulteriore opportunità di espansione dell'economia criminale. Le mafie, infatti, nella loro versione affaristico-imprenditoriale immettono assai rilevanti risorse finanziarie, frutto di molteplici attività illecite, nei circuiti legali, infiltrandoli in maniera sensibile. Questo



rischio riguarda anche l'emergenza COVID-19, non solo a causa del periodo di lockdown che ha interessato la gran parte delle attività produttive, ma anche perché lo shock del coronavirus è andato ad impattare su un sistema economico nazionale già in difficoltà.

- È da rilevare infine che, anche i settori della pubblica amministrazione e della sanità, sia pubblica che privata, sono stati interessati da inchieste e procedimenti di carattere penale.

4.2 ANALISI CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno è basata sullo studio dei processi organizzativi e degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa ed è utile al fine di evidenziare il sistema delle responsabilità ed il livello di complessità della Fondazione.

La Fondazione Istituto Neurologico "Carlo Besta" è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con natura giuridica di diritto pubblico, che svolge attività di assistenza sanitaria e di ricerca di tipo clinico e traslazionale.

Si pone quale polo di eccellenza, nel quadro sanitario regionale, nazionale ed internazionale, nel campo delle Neuroscienze per i vari aspetti specialistici della neurologia, della neurochirurgia e della neuropsichiatria infantile, con particolare riferimento alle 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, 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.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", come previsto dal proprio Statuto, persegue le seguenti finalità:

- ✓ 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 che si occupa dei disturbi neurologici dell'adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche, delle malattie croniche e rare.



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

Il **Consiglio d'Amministrazione** (C.d.A.) esercita, sulla base della potestà statutaria, le funzioni di indirizzo e controllo.

Competono in particolare al Consiglio:

- la nomina del Presidente e del Direttore Generale su indicazione del Presidente della Giunta Regionale;
- l'autorizzazione al Presidente a promuovere azioni giudiziarie o a resistere in giudizio;
- l'approvazione dei Regolamenti;
- l'approvazione degli indirizzi strategici e il controllo che l'attività gestionale sia coerente con gli indirizzi e i programmi approvati;
- l'approvazione del bilancio di previsione, del bilancio di esercizio, del Piano di Organizzazione Aziendale e del Piano Assunzioni;
- l'accettazione di eredità, legati, donazioni e altre liberalità;
- le modifiche del patrimonio netto (fondo in dotazione della Fondazione);
- l'approvazione delle convenzioni con le Università.

Il **Presidente**: nominato dal C.d.A., su indicazione del Presidente della Regione Lombardia, sentito il Ministro della Salute.

Ha la rappresentanza legale della Fondazione, resiste in giudizio nominando avvocati e cura le relazioni con Enti, Istituzioni, Imprese e Organismi.

Verifica il perseguimento degli obiettivi ed il raggiungimento dei risultati definiti dagli indirizzi strategici e dai programmi approvati dal C.d.A. sulla base di relazioni trimestrali del Direttore Generale e del Direttore Scientifico.

Si ispira, nella propria attività, al principio di separazione tra attività d'indirizzo e controllo ed attività gestionali, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. n.165 del 2001 e s.m.i. e dalle disposizioni statutarie.

Il **Direttore Generale**: persegue le finalità istituzionali proprie dell'Istituto, conformemente alla vigente legislazione nazionale e regionale ed assicura lo svolgimento di tutte le funzioni connesse all'organizzazione gestionale, avvalendosi dell'intera struttura dipartimentale aziendale e degli uffici di staff direttamente dipendenti.

Al Direttore Generale compete la gestione della Fondazione; in particolare, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati dal C.d.A., assume le determinazioni in ordine alla realizzazione dei programmi e progetti adottati, è responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa della Fondazione, incluse l'organizzazione e gestione del personale e dispone il conferimento degli incarichi di responsabilità dirigenziale, in coerenza con l'organizzazione interna e i Piani di gestione delle Risorse Umane (Piano Triennale dei Fabbisogni). Il Direttore Generale assume la qualità di datore di lavoro e di Titolare del trattamento dei dati personali.

Il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Il **Direttore Scientifico**: promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica della Fondazione in ambito biomedico traslazionale e di sanità pubblica secondo le indicazioni contenute nel Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e in coerenza con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art.12-bis del D.L. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., nonché con gli atti di programmazione regionale in materia, nell'ambito delle linee strategiche di attività definite in sede di C.d.A., sulla base altresì dei correlati ambiti gestionali di competenza della Direzione Generale.



Il Direttore Scientifico identifica le linee strategiche e programmatiche di ricerca della Fondazione organizzandone l'attività, con particolare attenzione agli aspetti traslazionali, all'innovazione e allo sviluppo tecnologico.

Il **Collegio di Direzione**: coadiuva e supporta la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo dell'Ente con funzioni consultive e propositive.

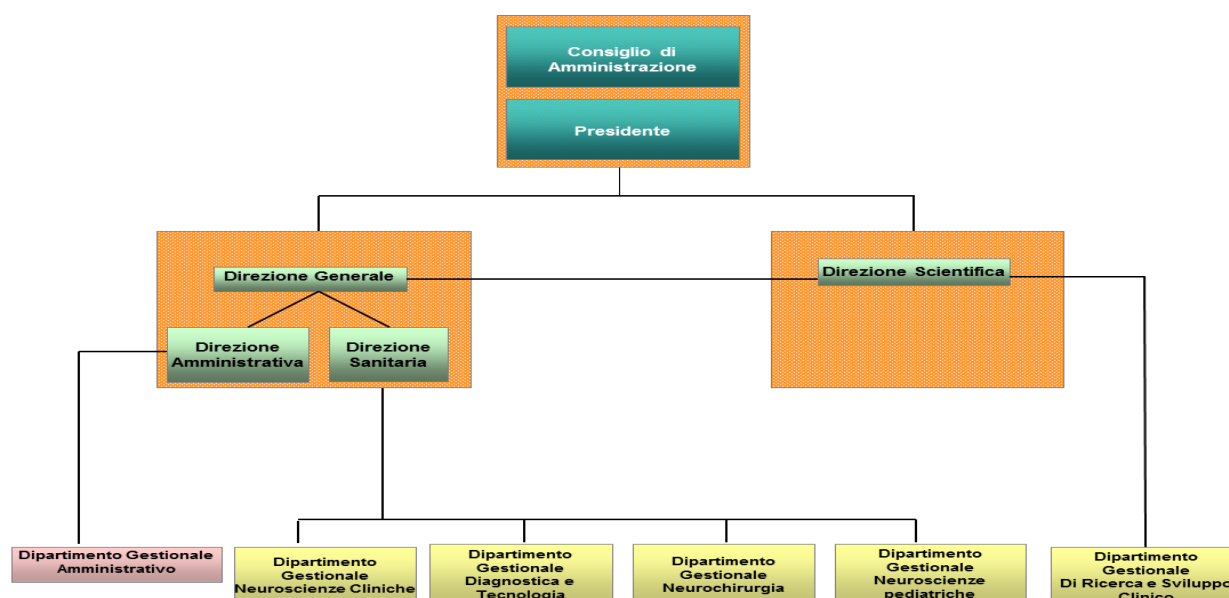
Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale che lo presiede e ne coordina i lavori. Svolge un ruolo di raccordo tra la Direzione Strategica e le Unità Operative e strutture che compongono l'organizzazione aziendale al fine di:

- rendere più efficace, efficiente e trasparente l'attività sanitaria attraverso la condivisione degli obiettivi e delle scelte di indirizzo strategico e declinazione delle stesse nell'ambito dell'organizzazione;
- garantire la massima diffusione a tutti i livelli organizzativi e gestionali delle decisioni assunte dalla Direzione Strategica;
- rappresentare le istanze, le problematiche e le proposte provenienti dai diversi ambiti della Fondazione.

In particolare esso concorre alla formulazione dei programmi di formazione del personale, di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il **Collegio Sindacale**, organo di controllo contabile della Fondazione, esercita, ai sensi dell'art. 13 e c. 14 della L.R. 33/2009 e s.m.i., funzioni di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, verifica la regolarità amministrativa e contabile, esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio d'esercizio. In particolare, compie verifiche di cassa, redige relazioni sul Bilancio di previsione, sulle variazioni di Bilancio, sul Bilancio d'esercizio e sui risultati della gestione, esprime altresì pareri su singoli atti assunti dalla Fondazione, ove richiesto dalle superiori autorità vigilanti. I componenti del Collegio, sulla base dei programmi concordati collegialmente, possono procedere, anche individualmente, in qualsiasi momento, ad atti di ispezione e di controllo.

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





Rapporti di collaborazione con gli altri Enti e Organizzazioni

Università: con DGR n. X/7435, del 28/11/2017, la Regione Lombardia ha deliberato di integrare il Polo universitario centrale individuato per l'Università degli Studi di Milano con l'inserimento della Fondazione quale Istituto di riferimento per la Neurologia e la Neurochirurgia dell'adulto e del bambino.

La relativa Convenzione, sottoscritta in data 24 luglio 2017 con l'Università degli Studi di Milano, ha lo scopo di regolamentare gli aspetti gestionali ed organizzativi per lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche dei corsi di studio pre e post-laurea dell'area medico/sanitaria e delle funzioni assistenziali ad esse connesse.

Associazioni no-profit: presso la Fondazione svolgono la loro attività numerose Organizzazioni no-profit che operano al fine di sostenere le attività di assistenza, di ricerca scientifica, di formazione e di informazione sanitaria a favore di pazienti e/o cittadini. I rapporti tra la Fondazione e le Associazioni no-profit sono disciplinati da apposito Regolamento, approvato con deliberazione C.d.A. n. V/40, del 1 luglio 2019 in attuazione della vigente normativa in materia e pubblicato sul sito web della Fondazione.

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

L'elenco delle Associazioni "accreditate" presso la Fondazione è pubblicato sul sito istituzionale al seguente link: <https://www.istituto-besta.it/associazioni-e-volontariato1>

L'R.P.C.T. della Fondazione partecipa al "gruppo interaziendale" di cui fanno parte gli R.P.C.T. di n. 35 enti del SSR e partecipa altresì al gruppo "ristretto" dei R.P.C.T. della città di Milano.

Dal 2017 si è costituito un tavolo di lavoro dei R.P.C.T. dei quattro IRCCS pubblici lombardi per un confronto sulle tematiche di maggiore interesse e che ha portato alla definizione di criteri condivisi per la predisposizione dei rispettivi Piani Triennali.

4.2.1 IL CONTESTO 2021

L'emergenza sanitaria connessa alla rapida diffusione del COVID-19, sviluppatasi nel 2020, ha ulteriormente evidenziato quanto le persone fragili siano più esposte ai rischi legati alla salute, quali le complicanze neurologiche del virus, ed ha reso necessaria una rivisitazione delle modalità di gestione del paziente neurologico al fine di assicurare la continuità assistenziale pur in una situazione di emergenza.

In tale contesto la Fondazione ha avuto un ruolo attivo nelle diverse fasi della pandemia da Covid-19.

Nel corso del 2021 il Piano Strategico Nazionale per le vaccinazioni anti Sars Cov-2 e Covid-19 integrato dal Piano Regionale ha consentito l'individuazione degli Hub e Spoke dedicati alle vaccinazioni ed il Piano Aziendale ha individuato la popolazione eleggibile inserendola negli allegati presentati al piano vaccinale del 28 dicembre 2020 come da richiesta della RL.

La Fondazione Besta come da successiva Deliberazione Regionale n. 4353, del 24/02/2021 avente ad oggetto "Approvazione del piano regionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS COV-2" continua a svolgere il ruolo di Hub per la somministrazione del vaccino "Pfizer" e di Spoke per la somministrazione delle altre tipologie di vaccini.

Al fine di rendere operativi i centri vaccinali massivi programmati nella DGR XI/4384, del 3 marzo 2021, la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta è stata individuata per collaborare



all'attività vaccinale all'interno del centro massivo presso il Palazzo delle Scintille tramite la messa a disposizione del proprio personale. In data 22 aprile 2021 è stata firmata la convenzione tra la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico e la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Besta per la gestione di n. 6 linee vaccinali presso il centro vaccinale COVID Milano Palazzo delle Scintille.

4.2.2 LA FONDAZIONE IN CIFRE

I posti letto accreditati sono pari a 213, di cui 6 di Day Hospital, 3 di Day Surgery e 204 destinati alla degenza ordinaria, articolati per disciplina secondo quanto indicato nella tabella seguente:

DIPARTIMENTO	POSTI LETTO ACCREDITATI			P.L. ATTIVI (al 1/1/2021)		P.L./medi/medi utilizzabili a fini di garantire distanziamento
	D. Hospital	D. Surgery	Ordinari	DH/DS	Ord.	Ordinari
NEUROCHIRURGIA	0	3	54	3	50	42
NEUROLOGIA	0	0	91	0	70	55
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	0	39	0	36	18
RIANIMAZIONE	0	0	10	0	8	8
AREA CICLO DIURNO (INTERDIPARTIMENTALE)	4	0	0	4	0	3
SOLVENTI	0	0	10	0	8	5
TOTALE	6	3	204	7	172	131

FONTE DATI: DIREZIONE SANITARIA – UFFICIO RICOVERI

Come si evince dalla tabella, a causa delle misure di contenimento per il covid 19, il numero di letti realmente disponibile è ridotto. Nel mese di gennaio 2021 i posti letto utilizzabili sono stati 131.

PRESTAZIONI DI RICOVERO (RO e DH) (*)		Dati 2021
Numero ricoveri SSN		4.839
- di cui Regione		2.573
- di cui Extra-Regione		2.266
Numero ricoveri LP e Solventi		139
- di cui Regione		60
- di cui Extra-Regione		79
PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (inclusa Neuropsichiatria Infantile) (**)		
Numero prestazioni specialistica SSN		248.439
- di cui Regione		183.124
- di cui Extra-Regione		65.315
Numero prestazioni specialistica LP e Solventi		20.353
- di cui Regione		11.931
- di cui Extra-Regione		8.422

FONTE DATI:

(*) FLUSSO SDO CONSOLIDATO DICEMBRE 2021 - UFFICIO FLUSSI INFORMATIVI

(**) FLUSSO 28/SAN NON CONSOLIDATO DICEMBRE 2021 - UFFICIO FLUSSI INFORMATIVI



DIPENDENTI	Dati al 31.12.2021
N. dipendenti	696
N. collaboratori	51
N. borsisti	66
N. universitari convenzionati	3

FONTE DATI: UOC RISORSE UMANE

APPARECCHIATURE AD USO DIAGNOSTICO	
TIPOLOGIA	QUANTITA'
SEQUENZIATORE	4
SEQUENZIATORE CAPILLARE	6
SPETTROFOTOMETRO	12
ECOGRAFO/ECOTOMOGRAFO	8
ECOTOMOGRAFO PORTATILE	8
OPTOMETRO	2
RIUNITO OFTALMOLOGICO	1
CAMERA ACUSTICA	1
OTOEMISSIONI ACUSTICHE, APPARECCHIO PER	1
SISTEMA OTOVESTIBOLARE	1
AUDIOMETRO	1
TOMOGRAFO A COERENZA OTTICA	1
ANALISI DINAMOMETRICA DELLA FORZA MUSCOLARE	1
SISTEMA PER ANALISI DEL CAMPO VISIVO	1
PORTATILE PER RADIOGRAFIA	1
GRUPPO RADIOLOGICO	1
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA 1.5T	2
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA INTRAOPERATORIO 1.5T	1
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA 3.0T	1
TC DUAL ENERGY (DECT)	1
SISTEMA EEG	14
ELETTROCARDIOGRAFO	7
ELETTROMIOGRAFO	8
REGISTRATORE HOLTER EEG	2
MAGNETOENCEFALOGRAFO	1
POLISONNIGRAFO	3

FONTE DATI:
SS INGEGNERIA CLINICA (DICEMBRE 2021)



4.3 ATTIVITÀ DI GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

Per “*gestione del rischio*” si intende l’insieme delle attività preordinate a tenere sotto controllo i rischi corruttivi nell’Amministrazione.

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 potenziali rischi mediante 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 posti in essere dalla Fondazione.

ANAC ha fornito nuove indicazioni metodologiche per la realizzazione del **sistema di gestione del rischio corruttivo**, confluite nell’Allegato I del PNA 2019 rubricato “*Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*”, che sostituisce le indicazioni precedentemente contenute nel PNA 2013 e nell’Aggiornamento PNA 2015.

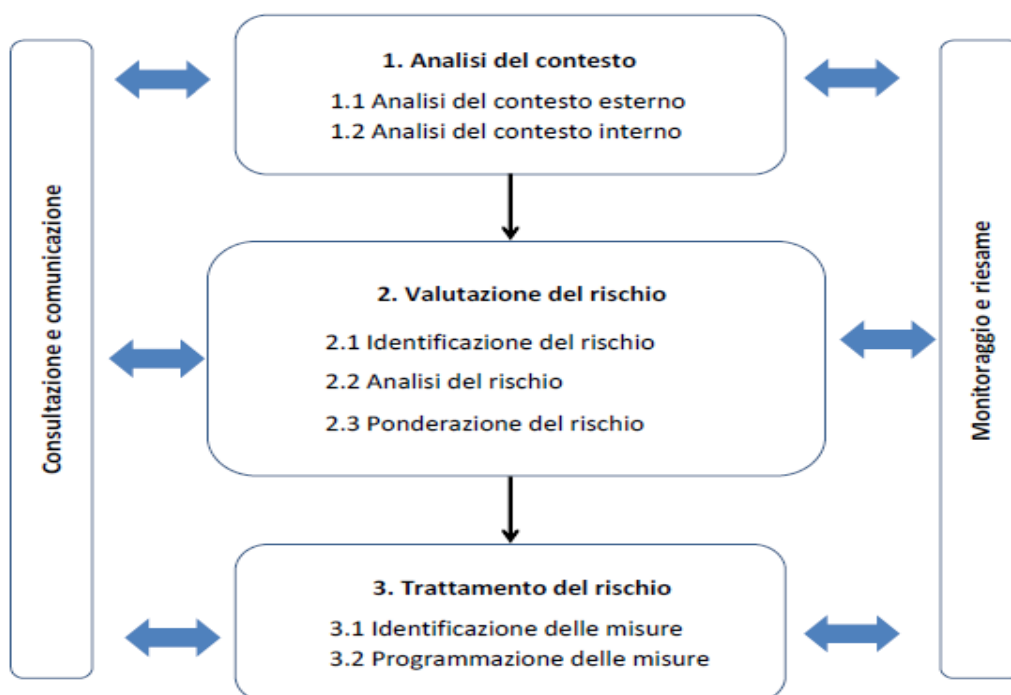
Il citato Allegato I PNA 2019 è pertanto attualmente l’unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei P.T.P.C.T. per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo di gestione dei rischi corruttivi ha carattere ciclico e si articola nelle seguenti fasi:

1. **Analisi del contesto,**
2. **Valutazione del rischio,**
3. **Trattamento del rischio,**

a cui si affiancano le due ulteriori **fasi trasversali**:

- **Consultazione e comunicazione,**
- **Monitoraggio e riesame.**





1. La **fase di analisi del contesto** consente all'Amministrazione di definire una strategia preventiva ben contestualizzata, che considera i rischi corruttivi dello specifico ambito territoriale e settoriale (contesto esterno) ed organizzativo (contesto interno) in cui si svolge l'attività istituzionale.

Nell'analisi del contesto interno assume un'importanza centrale la **mappatura dei processi** organizzativi, ossia di tutte le attività correlate e interagenti che trasformano un input in un output destinato a soggetti interni o esterni.

Ai fini della mappatura dei processi devono essere seguiti i seguenti passaggi procedurali:

- Identificazione dei processi, con riferimento all'intera attività svolta.
- Identificazione delle aree di rischio, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

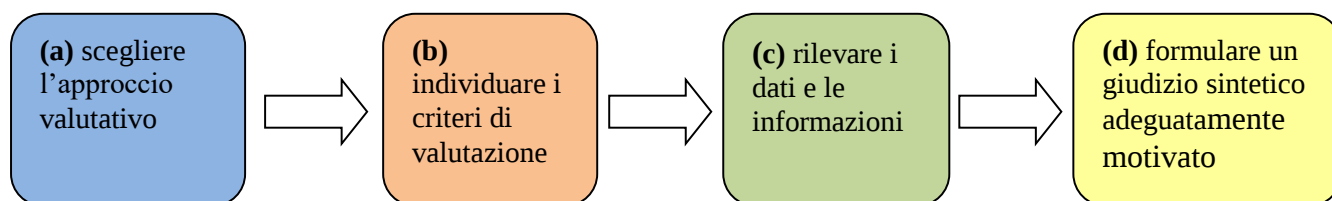
Si distinguono le **aree di rischio generali**, comuni a tutte le Amministrazioni (esempio contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale etc.) e **specifiche** proprie di una singola Amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari svolte:

- Descrizione dei processi.
- Rappresentazione dei processi, con riferimento alle singole attività svolte e all'Ufficio coinvolto.

2. La **fase di valutazione del rischio** è una macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le relative misure preventive.

Si articola nei seguenti passaggi:

- Identificazione degli eventi rischiosi che potrebbero anche solo potenzialmente verificarsi nelle singole attività del processo. Tale fase conduce alla creazione/implementazione della mappatura/registro dei rischi (vedi allegato I al presente Piano).
- Analisi del rischio con riferimento ai cosiddetti "fattori abilitanti della corruzione" e al livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario: **(a)** scegliere l'approccio valutativo, **(b)** individuare i criteri di valutazione, **(c)** rilevare i dati e le informazioni, **(d)** formulare un giudizio sintetico adeguatamente motivato.



Nella valutazione del livello di esposizione al rischio e ai fini della formulazione di un giudizio sintetico è opportuno privilegiare un'**analisi di tipo qualitativo**, che tiene conto di specifici indicatori di rischio, come indicato nell'Allegato I del PNA 2019.

All'esito, si ottiene una misurazione sintetica del livello di rischio associabile a ciascun processo o alle singole attività o eventi rischiosi.

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico



- Ponderazione del rischio, ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento.

3. La **fase di trattamento del rischio** si incentra nell'individuazione e progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione.

- Identificazione delle misure, distinte tra **misure generali**, che hanno un'incidenza trasversale sul sistema preventivo dell'Amministrazione e **misure specifiche**, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati.

Principali tipologie di misure generali e specifiche (vedi allegato I del PNA 2019):

- ✓ Controllo
- ✓ Trasparenza
- ✓ Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- ✓ Regolamentazione
- ✓ Semplificazione
- ✓ Formazione
- ✓ Sensibilizzazione
- ✓ Rotazione
- ✓ Segnalazione e protezione
- ✓ Disciplina del conflitto di interessi

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai seguenti requisiti: (a) presenza e adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato, (b) capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti, (c) sostenibilità economica e organizzativa delle misure, (d) adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, (e) gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

- Programmazione delle misure – individua fasi, tempi e responsabilità dell'attuazione nonché indicatori di monitoraggio, al fine di concretizzare la strategia preventiva dell'Amministrazione.

FASI TRASVERSALI

- Al fine di verificare il funzionamento del sistema di gestione dei rischi corruttivi, segue una **fase di monitoraggio** dell'attuazione e adeguatezza delle misure preventive, a cura dell'R.P.C.T. con il coinvolgimento dei responsabili degli Uffici e dei referenti individuati. Le risultanze del monitoraggio consentono un riesame della funzionalità complessiva del sistema.
- La **fase di consultazione e comunicazione** riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio con il coinvolgimento di soggetti interni ed esterni all'Amministrazione per acquisire informazioni e proposte di miglioramento tese a rendere maggiormente efficace la strategia preventiva.



4.3.1 GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI NELLA FONDAZIONE

L'**allegato I** del presente P.T.P.C.T. "**Mappatura dei rischi**", riporta la mappatura dei rischi corruttivi, sviluppata per tutti i processi sia amministrativi, sia dell'area sanitaria che della ricerca scientifica, secondo le indicazioni metodologiche delineate dall'ANAC nell'Allegato I del PNA 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019).

Sono state individuate le seguenti aree di rischio come indicato nella Parte speciale Titolo II Sanità Aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016:

AREE DI RISCHIO GENERALI:

- Acquisizione e Gestione del Personale
- Incarichi e Nomine
- Contratti Pubblici
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE:

- Attività libero professionale e liste d'attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Nell'ambito di tali aree di rischio, sono stati identificati i processi, le attività e i rispettivi rischi correlati.

La mappatura dei rischi secondo la nuova metodologia di cui all'Allegato I del PNA 2019 è stata effettuata per tutti i processi afferenti le aree amministrativa, sanitaria e di ricerca.

Nella fase di analisi e ponderazione del livello di rischio, si è seguito un approccio di tipo qualitativo: sulla base di un numero di indicatori abbinati a ciascun evento rischioso, si è definito il livello di rischio che è stato espresso con un giudizio sintetico di tipo qualitativo.

Per tutte le attività mappate sono stati individuati i seguenti indicatori di rischio:

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico
	rilevante interesse esterno anche di tipo economico	alto livello di discrezionalità	opacità/accanimento in uno o pochi soggetti	eventi corruttivi verificatisi in passato nella Fondazione o in realtà simili	

Sono stati inoltre identificati i seguenti livelli di rischio:

- ✓ Rischio elevato
- ✓ Rischio significativo
- ✓ Rischio medio
- ✓ Rischio discreto
- ✓ Rischio basso

La ponderazione dei rischi è stata condotta dal R.P.C.T. d'intesa con i Direttori delle aree coinvolte nell'ambito di specifici incontri.



Nel presente Piano si è scelto di disporre di una scala di ponderazione del rischio maggiormente graduata, così da mettere meglio a fuoco l'adeguatezza ed efficacia delle misure già previste e di quelle da introdurre per prevenire il rischio residuo.

Inoltre, il giudizio sul livello di rischio identificato è accompagnato da una motivazione che rende intelligibili le valutazioni svolte in fase di ponderazione del rischio.

L'Allegato I "Mappatura dei rischi" del presente P.T.P.C.T. riporta per ciascuna attività rilevata, il rischio identificato, il livello di rischio, le misure da adottare nel triennio 2022-2024, l'ufficio responsabile dell'attuazione delle misure, gli indicatori e le tempistiche di monitoraggio.

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA'	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE DA ADOTTARE 2021/2023	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	INDICATORI DI MONITORAGGIO	MONITORAGGIO
-----------------	----------	-----------	----------------------	--------------------	------------------------------	--	----------------------------	--------------

L'R.P.C.T. conserva agli atti le schede di lavoro compilate per l'analisi e l'attribuzione del livello di rischio per ciascun processo mappato.

Per ogni evento rischioso è stata individuata una misura preventiva da adottare, con l'identificazione dell'Ufficio responsabile dell'attuazione e degli indicatori di monitoraggio.

4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO

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 I, comma 10, lettera A) della legge n. 190/2012 e s.m.i. prevede che il R.P.C.T. 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.

L'ANAC con il PNA 2019 ha rimarcato l'esigenza che il R.P.C.T. sia dotato di una struttura organizzativa di supporto nella gestione del rischio corruttivo nonché nella fase di monitoraggio sull'attuazione del Piano.

Al riguardo si evidenzia che con Delibera del Direttore Generale sono stati individuati i referenti delle varie aree che collaborano con il R.P.T.C. (Direzione Sanitaria, Direzione Scientifica, U.O.C. Risorse Umane, U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, U.O.C. Provveditorato Economato, U.O.C. Tecnico Patrimoniale, U.O.C. Affari Generali e Legali, SS Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica).



E' stato inoltre individuato un "Gruppo di Lavoro per la Trasparenza", che collabora con il R.P.C.T. per un più completo monitoraggio della corretta pubblicazione dei flussi di dati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale.

Il R.P.C.T., per lo svolgimento delle attività previste 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 Económico, Affari Generali e Legali, Tecnico Patrimoniale, Economico Finanziario e Controllo di Gestione, Servizio Informatico.

La responsabilità dell'adozione delle misure di prevenzione previste nel presente Piano, così come di quelle mappate nell'**allegato I "Mappatura dei rischi"**, è in capo al Direttore/Dirigente Responsabile della singola U.O.C. a cui compete la responsabilità del relativo processo.

A ciascun Direttore/Dirigente è altresì fatto obbligo di assicurare la tempestiva divulgazione al personale della propria U.O.C. di informazioni su norme, circolari, direttive ed altri atti adottati dalla Fondazione 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 vari dirigenti l'effettiva attuazione delle misure contenute nel presente piano, a tal fine vengono programmati incontri periodici anche allo scopo di predisporre e condividere i contenuti dei futuri P.T.P.C.T.

I Direttori/Dirigenti responsabili, avvalendosi dei referenti, devono inviare al R.P.C.T. un report sull'attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nel citato *allegato I*.

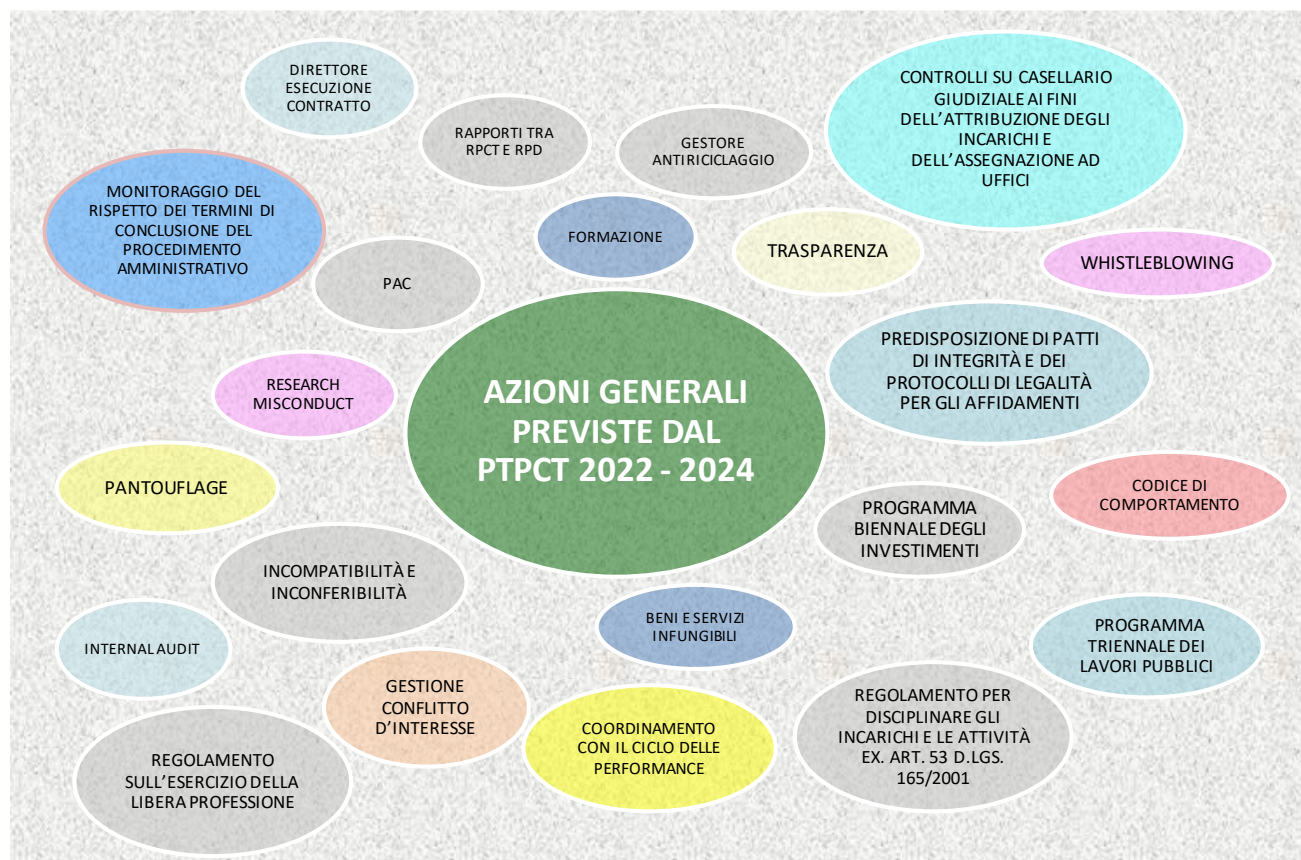
Qualora il R.P.C.T. riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, ai sensi dell'art. I, comma 7 della L. n. 190/2012, ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Inoltre, qualora abbia notizia di fenomeni corruttivi, ha l'obbligo di segnalazione agli organi interni ed esterni competenti per il sistema di controlli della Fondazione, fermo restando che non spetta al R.P.C.T. effettuare controlli su atti o accertare responsabilità. In particolare:

- se un fatto presenta rilevanza disciplinare, deve indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare (Dirigente responsabile o UPD) i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure preventive;
- se un fatto può dar luogo a responsabilità erariale, è tenuto a denunciarlo alla Corte dei Conti;
- se un fatto integra una notizia di reato, è tenuto a denunciarlo alla Procura della Repubblica e a informarne l'ANAC.

5. AZIONI E MISURE DI PREVENZIONE DEL P.T.P.C.T. 2022-2024

AZIONI GENERALI PREVISTE ANNO 2022



5.1 LE 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 CCCCNL.

Per quanto concerne la scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di incarichi di struttura complessa sanitaria, i soggetti in possesso dei necessari requisiti sono individuati mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa di area sanitaria.



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 Area Sanità 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 s.m.i. e delle vigenti disposizioni contrattuali in materia, di personale della Fondazione 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.

Con Deliberazione del C.d.A. n. IV/213, del 23 luglio 2018 è stato revisionato e integrato il *“Regolamento della Fondazione I.R.C.C.S. concernente la disciplina concorsuale del personale dirigenziale e il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa”*.

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 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 R.P.C.T. 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. III/117, del 28 gennaio 2014 il Codice della Fondazione, successivamente sostituito dal Codice di comportamento approvato con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. IV/214, del 23 luglio 2018 in ottemperanza alle indicazioni della determina ANAC n. 358, del 29 marzo 2017 "Linee guida di settore per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del servizio sanitario nazionale".

Nello specifico l'aggiornamento ha riguardato:

- La valutazione sul potenziale conflitto d'interessi in relazione alla partecipazione del dipendente ad associazioni e organizzazioni.
- Il monitoraggio attività di partecipazione a convegni in qualità di relatori di incarichi come da indicazioni da parte di Regione Lombardia e ORAC, integrazione modulistica.
- La tutela del whistleblower.
- Le misure specifiche per attività assistenziali.

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.

Ogni violazione delle prescrizioni del Codice, oltre che all'Ufficio per i procedimenti (UPD), deve essere tempestivamente comunicata, anche al R.P.C.T., 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.

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.

Il Codice di comportamento verrà revisionato in considerazione delle nuove Linee Guida ANAC approvate con delibera n. 177, del 19 febbraio 2020.

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.T., così come espressamente previsto



dall'ANAC nel PNA 2019 che recita testualmente “*le amministrazioni includono negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione delle misure previste nel P.T.P.C.T.*”.

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 NVP 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 2022 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
Attuazione del P.T.P.C.T. anno 2022	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate. SI/NO
	Tempestiva pubblicazione su “Amministrazione Trasparente” dei dati di competenza di ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT a cura del “Gruppo Trasparenza” dei verbali sulla verifica della pubblicazione dati. SI/NO

5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE

5.4.1 ROTAZIONE ORDINARIA

Il PNA 2019 prevede quale misura di carattere generale la *rotazione ordinaria* del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, introdotta quale misura di prevenzione della corruzione dalla L. 190/2012 art. 1, comma 4 lett. e), comma 5 lett. b), comma 10 lett. b).

In particolare, secondo quanto disposto dall’art. 1 co. 10 lett. b) della L. 190/2012 s.m.i., il R.P.C.T. 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.

L’Allegato 2 al PNA 2019 “*La rotazione ordinaria del personale*”, rimette l’applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni, avuto riguardo ai *vincoli di natura soggettiva* attinenti al rapporto di lavoro ed ai *vincoli di natura oggettiva* connessi all’assetto organizzativo dell’Amministrazione.

In particolare con riferimento ai *vincoli di natura oggettiva*, la rotazione va correlata alle esigenze di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle



competenze professionali, escludendo che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie e/o dell'appartenenza a categorie o professionalità specifiche. Non sempre la rotazione è una misura realizzabile specie all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni.

All'interno della Fondazione la realizzazione della misura della rotazione ordinaria 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.

In particolare il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerare tale settore un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Anche gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze specifiche (ad es. ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.).

La realizzazione di tale misura risulta pertanto di difficile attuazione in un Ente di piccole dimensioni quale la Fondazione.

La Fondazione, valuterà la possibilità di introdurre, limitatamente agli uffici amministrativi, quali misure preventive alternative alla rotazione ordinaria, la c.d. "segregazione delle funzioni", tesa ad evitare il controllo esclusivo dei processi e la "compartecipazione del personale" all'attività del proprio ufficio, come previsto nell'Allegato 2 al PNA 2019, compatibilmente con il personale presente e con l'esigenza di garantire lo svolgimento di tutte le attività, ordinarie e straordinarie, previste.

Nel 2021 la Fondazione è stata interessata dall'avvicendamento dei dirigenti di alcune strutture complesse quali UOC Provveditorato Economato, UOC Risorse Umane, UOC Neurologia 9 e UOC Neurochirurgia 3.

Tale riorganizzazione ha prodotto di fatto gli effetti propri della rotazione ordinaria per le strutture interessate, essendo cambiati tutti i relativi dirigenti.

5.4.2 ROTAZIONE STRAORDINARIA

La rotazione straordinaria, rappresenta una misura preventiva che interviene successivamente all'avvio di procedimenti penali o disciplinari per il verificarsi di fatti corruttivi.

La rotazione straordinaria è stata introdotta dall'art. 16 comma 1 lett. 1 quater del D.Lgs. n. 165/2001 secondo cui *"i dirigenti di uffici dirigenziali generali... provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*.

Al riguardo il PNA 2018 prevede che, al fine di stabilire l'applicabilità della "rotazione straordinaria" al singolo caso, l'amministrazione è tenuta a verificare l'insussistenza:

a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti,



b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come “corruttiva” ai sensi dell’art. 16, co. I, lett. I-quater del D.Lgs. 165/2001.

In recepimento dei criteri direttivi dati dalla Legge e dall’ANAC, la Fondazione introdurrà nel Codice di Comportamento che sarà oggetto di revisione a seguito dell’adozione delle nuove Linee Guida da parte di ANAC (vedi punto 5.2), quale misura preventiva, l’applicazione della rotazione straordinaria anche nel caso di procedimenti disciplinari per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva, come previsto nella Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1 lettera I - quater, del D.lgs. n. 165 del 2001”.

Si dà atto che non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in alcuna area della Fondazione, all’accadere dei quali troverebbe applicazione la misura della rotazione straordinaria.

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 stabilisce un dovere generale di astensione in ipotesi che configurino oggettivamente un conflitto, anche solo potenziale, di interessi;
- ✓ L’art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. 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”*;
- ✓ L’art. 42 del D.Lgs. 50/2016 nell’ambito degli appalti pubblici sancisce l’obbligo da parte delle stazioni appaltanti di *“prevedere misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.”*

Il conflitto d’interesse va inteso in un’accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice di comportamento interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici. Il conflitto, in particolare, può essere:

- attuale, ovvero presente al momento dell’azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice di comportamento,
- potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo,



- apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale,
- diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice di comportamento,
- indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice di comportamento ma allo stesso collegati.

Per quanto attiene il conflitto d'interesse relativo agli incarichi extra-istituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 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”*.

Quale misura preventiva si prevede l'attività di monitoraggio a cura dell'U.O.C. Risorse Umane, attraverso l'aggiornamento, con cadenza biennale, della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi anche potenziale, relativamente a tutti i Dirigenti, ad esclusione dei Direttori di struttura complessa, per i quali la dichiarazione viene resa annualmente, ricordando con cadenza periodica a tutti i dirigenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

Si prevede altresì un'attività di sensibilizzazione del personale mediante eventi formativi sul conflitto di interessi del rispetto di quanto previsto in materia dal Codice di comportamento della Fondazione.

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”*, mod. 227 *“Incarichi extraistituzionali – personale del comparto con rapporto di lavoro a tempo parziale non superiore al 50%”* e mod. 228 *“incarichi extraistituzionali soggetti a preventiva comunicazione”*, è disponibile sulla rete intranet aziendale e viene utilizzata dal personale dipendente al fine di presentare le apposite istanze.

Inoltre, sulla base delle indicazioni fornite da Regione Lombardia, è stata 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, con o senza remunerazione, da parte di promotori/sponsor di eventi scientifici.

Tale dichiarazione viene presentata a cura del personale interessato, in allegato 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, con o senza remunerazione, da parte di promotori/sponsor di eventi scientifici”.

Al fine di facilitare le attività di controllo degli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 rientranti nella fattispecie sopra citata, nel corso del 2018 è stato creato un database alimentato dalla U.O.C. Provveditorato Economato e dalla U.O.C. Tecnico Patrimoniale, con l'inserimento dei nominativi dei dipendenti nominati DEC, RUP e componenti di commissione di gara.

Nel database sono stati inseriti, mediante formula excel, i seguenti criteri ritenuti vincolanti per valutare l'assenza di cause di incompatibilità o di situazioni di conflitto di interesse allo svolgimento dell'incarico:

- Non aver ricoperto negli ultimi 12 mesi il ruolo di componente di commissione giudicatrice in una gara di appalto indetta dalla Fondazione, o alla quale partecipa la Fondazione quale soggetto aggregato, in una gara alla quale ha partecipato l'azienda che conferisce o che ha conferito l'incarico;
- Non ricoprire o non aver ricoperto negli ultimi 6 mesi il ruolo di RUP/DEC per contratti di appalto il cui affidatario è l'azienda che conferisce o che ha conferito l'incarico.

L'U.O.C. Risorse Umane, prima di procedere all'autorizzazione degli incarichi ex art. 53 del D.Lgs. 165/200, potrà consultare il database che in automatico fornirà l'indicazione dell'eventuale conflitto d'interesse.

L'UOC Risorse Umane nel corso del 2022 provvederà ad aggiornare il “Regolamento in materia di incompatibilità ed autorizzazione degli incarichi extraistituzionali” adottato con delibera CDA n. 73/2016 e la relativa modulistica in virtù delle nuove disposizioni normative in materia.

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

L'art. 1, comma 42 lett. l) della Legge n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse ad attività lavorativa del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, presso soggetti privati.

Tale disposizione normativa 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, tramite la U.O.C. Risorse Umane, provvede ad acquisire dal dipendente dimissionario il relativo modulo di rassegnazione delle dimissioni integrato con apposita informativa circa il divieto sopra citato, debitamente sottoscritto. Analoga procedura viene applicata ai dipendenti collocati a riposo per i limiti d'età. Inoltre è stata predisposta un'apposita informativa per i neoassunti su tale normativa.

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

Il R.P.C.T., venuto a conoscenza delle violazioni del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare detta violazione all'ANAC ed eventualmente anche all'Ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

La norma prevede espressamente quale conseguenza della violazione del divieto di Pantouflage la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma come indicato anche nell'informativa al personale neoassunto.

5.8 INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ

Ai sensi della delibera ANAC n. 833, del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili» qualora il R.P.C.T. 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 U.O.C. Risorse Umane, prima del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal capo III *“Inconferibilità di incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni”* e dal capo IV *“Inconferibilità di incarichi a componenti di organi di indirizzo politico”* del D.Lgs. n. 39/2013, verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di vertice intende conferire un incarico.

A tal fine, vengono acquisite e pubblicate dalla U.O.C. Risorse Umane le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati, nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000:

- *“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”.*

Se risultasse 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 ed in conformità a quanto previsto dall'articolo 18 del medesimo Decreto, il soggetto che lo ha conferito è responsabile delle conseguenze economiche dell'atto adottato e non potrà conferire ulteriori incarichi per tre mesi.

La Fondazione provvede ad acquisire:

- per il tramite dell'U.O.C. Affari Generali e Legali, la dichiarazione sostitutiva di inconferibilità e la dichiarazione annuale di incompatibilità del Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico,
- a mezzo della segreteria della Presidenza, per la specificità della Fondazione, la dichiarazione sostitutiva di inconferibilità e la dichiarazione annuale di incompatibilità del Presidente e dei membri del Consiglio di Amministrazione,
- mediante l'U.O.C. Risorse Umane, la dichiarazione sostitutiva di inconferibilità e dichiarazione annuale di incompatibilità dei Direttori di Struttura Complessa e di Direzione di Struttura Semplice.

Le citate UU.OO.CC. provvedono ad inviare al R.P.C.T. un report annuale con evidenza dei risultati dei controlli effettuati.

5.9 CONTROLLI SUL CASELLARIO GIUDIZIALE 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 R.P.C.T., 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 *“inconferibilità d'incarico in caso di condanna per reati contro la P.A.”*
- ✓ 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 rubricato *“Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici”*;

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;
- ✓ procede alla revoca dell'incarico.



La Fondazione introdurrà nel proprio Codice di Comportamento, che sarà aggiornato alla luce delle linee guida emanate da ANAC, l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali.

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

Il whistleblower è colui che segnala un illecito o un'irregolarità manifestatosi 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.

La segnalazione di fenomeni potenzialmente corruttivi da parte del dipendente pubblico (nota anche come whistleblowing) trova specifica disciplina nell'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 introdotto dalla L. 190/2012.

La legge 30 novembre 2017, n. 179 recante *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato. Indicazioni operative”*, entrata in vigore il 29 dicembre 2017, ha modificato l'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che disciplina la tutela del dipendente pubblico che segnala presunti illeciti (cd. whistleblowing), nonché l'articolo 6 del D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 ed ha integrato la normativa in tema di obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale.

A seguito delle menzionate modifiche normative, il citato articolo 54-bis dispone quanto segue:
“Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza” (Art. 54-bis, comma 1).

Differenziandosi dall'originaria formulazione dell'articolo in questione, la nuova disciplina assegna uno specifico ruolo all'R.P.C.T. nella gestione delle segnalazioni, prevedendo altresì che, nell'ambito dell'amministrazione di appartenenza, il dipendente segnali possibili illeciti non più al “superiore gerarchico”, ma al R.P.C.T. o all'ANAC oppure può presentare denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o all'autorità giudiziaria contabile. Pertanto la segnalazione eventualmente ricevuta da un



dirigente e/o da un funzionario, come pure dall'ufficio del protocollo, deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al R.P.C.T. al quale ne è rimessa la protocollazione riservata.

Con Delibera ANAC 30 ottobre 2018, n. 1033 recante *“Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del D.lgs. n.165/2001 (c.d. whistleblowing)”* viene disciplinato il procedimento attraverso il quale ANAC esercita il potere sanzionatorio (d'ufficio, su comunicazione dell'interessato o su segnalazione dell'Amministrazione) per l'irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di cui all'art. 54-bis, comma 6 qualora venga accertata l'adozione di misure discriminatorie da parte delle pubbliche amministrazioni.

La Fondazione, nel 2016, ha aggiornato la *“Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità - WHISTLEBLOWING Policy – PR 95”* adeguandone i contenuti alle indicazioni di cui alla DGR 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”*, con la quale Regione Lombardia ha richiamato gli Enti sanitari all'applicazione della disciplina della tutela del whistleblower.

Nell'ambito di detta procedura è stato ridefinito l'ambito dell'oggetto della segnalazione ed 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”*.

Come da indicazioni di ANAC è stata attivata un'apposita casella mail *“whistleblowing@istituto-besta.it”* per le segnalazioni di illeciti, consultabile solo dall'R.P.C.T.

Il R.P.C.T. provvede ad inviare annualmente a Regione Lombardia una relazione in merito alle segnalazioni pervenute nell'anno di riferimento.

Si dà atto che in data 14 gennaio 2021 è stata inviata a Regione Lombardia la *“Relazione sull'applicazione del whistleblowing”* dalla quale si evince che nel corso del 2020 non è pervenuta alcuna segnalazione né alla casella mail dedicata né nelle altre forme previste.

Con delibera n. 469, del 9 giugno 2021, l'ANAC ha emanato le *“Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001”* (c.d. whistleblowing). Nel corso del 2022 l'R.P.C.T. provvederà ad aggiornare la succitata procedura PR95, adeguando i contenuti alle nuove disposizioni.

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

Il responsabile del procedimento 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.



Tale report deve riportare i procedimenti amministrativi dell'anno precedente, con l'indicazione per quelli conclusi della data di inizio, durata complessiva e data di conclusione effettiva e per quelli non ancora conclusi, della data di conclusione prevista, e le eventuali ragioni del ritardo.

5.12 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. un 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 UOC Servizio Informatico.

5.13 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 "Codice Appalti" le amministrazioni aggiudicatrici 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 devono contenere l'elenco degli acquisiti di beni e servizi di importo unitario stimato pari o superiore a € 40.000,00.

Il **programma triennale dei lavori pubblici** e i relativi aggiornamenti annuali devono prevedere l'elenco dei 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 R.P.C.T. in merito all'adozione e pubblicazione annuale dei programmi in oggetto per quanto di rispettiva competenza.

5.13 BIS. COMODATO D'USO GRATUITO

La Fondazione renderà disponibili, sul proprio sito istituzionale, le informazioni riguardanti le tecnologie introdotte in Istituto attraverso le modalità del comodato d'uso e della valutazione in prova visione. Alla modulistica appositamente predisposta per le richieste di comodato d'uso e/o prova visione dei beni (mod. 44/b) attualmente in uso, verrà allegata l'attestazione di assenza di conflitto interessi fra il clinico che propone l'introduzione dell'apparecchiatura in Istituto ed il fornitore.

Quanto sopra secondo le indicazioni di ANAC, qui riportate:

“Un’attenzione particolare va rivolta ad alcune particolari modalità di ingresso delle tecnologie all’interno dell’organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti (legge di stabilità 2016), è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato.

A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, si rende possibile la conoscenza interna ed esterna dei comportamenti assunti dalle aziende stesse in questo delicato ambito. In tal senso potrebbe configurarsi pertanto come una misura ulteriore di trasparenza l’integrazione, da parte delle aziende sanitarie, delle informazioni sul sito istituzionale relative alle tecnologie introdotte attraverso le predette modalità, prevedendo il seguente set minimo di dati:

- a) il richiedente/l'utilizzatore;*
- b) la tipologia della tecnologia;*
- c) gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;*
- d) la durata/termini di scadenza;*
- e) il valore economico della tecnologia;*
- f) gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).*

Riguardo a quest'ultimo punto, nel caso in cui l'analisi della proposta di comodato evidenzi costi a carico dell'azienda sanitaria, connessi all'utilizzo del bene, la stessa non dovrebbe essere accettata ove preveda corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo attribuirebbe all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che dovrebbe essere pertanto gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

La medesima precisazione va riferita anche alle “donazioni” e/o alle “prove dimostrative”. Per queste ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'azienda sanitaria la prova dimostrativa.

L'insieme dei dati sopra riportati, a vari livelli di aggregazione, potrà costituire un database delle apparecchiature “in prova” da cui sia possibile effettuare i collegamenti con le successive modalità con le quali eventualmente le stesse tecnologie vengono acquisite dalle aziende. Pertanto, il RPCT dovrebbe utilizzare tali informazioni anche al fine di elaborare possibili indicatori di rischio come, ad esempio, la percentuale (numero e/o valore) delle apparecchiature in prova/comodati d'uso che si trasforma in acquisto, anche in relazione al totale della tecnologia acquisita dall'azienda.”

5.13-TER. OTTEMPERANZA A QUANTO STABILITO DALLA DGR 5408, DEL 25/10/2021, “LINEE GUIDA IN MATERIA DI TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE”



Conclusa la fase di sperimentazione dell'applicazione della clausola T&T (Trasparenza e Tracciabilità) prevista dalla DGR n. 2182/14, Regione Lombardia ha emanato le linee guida che indicano alle Aziende sanitarie il percorso da seguire per garantire la tracciabilità della filiera dei subappalti, subaffidamenti e subcontratti.

Le indicazioni si sono tradotte nell'obbligo di adozione di apposite clausole che garantiscano la trasparenza e la tracciabilità della filiera, da inserire negli atti di gara e nei contratti, a pena di nullità. Tale attività si coniuga all'implementazione dell'apposita piattaforma T&T con informazioni che dovranno essere inserite tanto dall'aggiudicatario, quanto dalla medesima Stazione Appaltante e che garantiranno la pena applicazione dell'art. 106 del Codice dei Contratti.

5.14 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 dicembre 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 alle disposizioni regionali in materia, la Fondazione provvede annualmente, di norma entro il 28 febbraio, alla predisposizione del Piano di Internal Auditing in cui sono descritti gli audit da effettuare nel corso dell'anno e provvede a rendicontare a Regione Lombardia, con cadenza semestrale, le attività svolte.

Al riguardo si precisa che la pianificazione degli interventi di audit e l'individuazione dei processi/attività da auditare è basata sui seguenti criteri:

- analisi dei rischi sui processi/attività (Risk Assessment);
- turnazione delle strutture da auditare.



Sono inoltre elementi di ingresso le osservazioni, eventualmente pervenute, da parte degli organismi di controllo (es. Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni, Corte dei Conti, Regione Lombardia, etc.).

Le attività di audit si articolano nelle seguenti fasi:

- programmazione e definizione dell'audit (definizione degli obiettivi, individuazione del team, stesura del cronoprogramma);
- apertura formale delle attività, notifica alla Struttura Auditata del calendario di audit;
- analisi documentazione agli atti, studio dei controlli interni, predisposizione dello strumento di audit, elaborazione di elementi di verifica e controllo, individuazione del campione da cui estrarre le aree soggette a indagine;
- stesura definitiva dello strumento e estrazione del campione;
- reporting (predisposizione di rapporto di audit);
- chiusura delle attività di audit;
- eventuale follow-up.

I verbali degli audit effettuati vengono trasmessi alla Direzione Strategica ed ai responsabili delle strutture auditate e costituiscono un valido strumento per individuare eventuali criticità relativamente ai singoli processi esaminati al fine di implementare misure correttive volte al costante miglioramento dell'azione amministrativa.

5.15 GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO

Con D.Lgs. 231, del 21 novembre 2007 *“Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”* è stata istituita, presso la Banca d'Italia l'Unità di Informazione finanziaria (UIF) per l'Italia.

I compiti della UIF sono in particolare:

- analizzare i flussi finanziari al fine di individuare e prevenire i fenomeni di riciclaggio di denaro e di finanziamento del terrorismo;
- ricevere le segnalazioni di operazioni sospette e ed effettuare l'analisi finanziaria;
- acquisire ulteriori dati e informazioni, finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali presso i soggetti tenuti alle segnalazioni di operazioni sospette;
- ricevere le comunicazioni dei dati;
- emanare istruzioni sui dati e le informazioni che devono essere contenute nelle segnalazioni di operazioni sospette e nelle comunicazioni oggettive, sulla relativa tempistica nonché sulle modalità di tutela della riservatezza dell'identità del segnalante;
- emanare e aggiornare periodicamente, previa presentazione al Comitato di sicurezza finanziaria, indicatori di anomalia, al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette;
- effettuare, anche attraverso ispezioni, verifiche al fine di accertare il rispetto delle disposizioni in materia di prevenzione e contrasto del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, con riguardo alle segnalazioni di operazioni sospette e ai casi di omessa segnalazione di operazioni sospette, nonché con riguardo alle comunicazioni alla UIF previste dal presente decreto e ai casi di omissione delle medesime, anche avvalendosi della collaborazione del Nucleo speciale di polizia valutaria della Guardia di finanza;



- accertare e contestare ovvero trasmettere alle autorità di vigilanza di settore le violazioni degli obblighi di cui al presente decreto di cui viene a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

Il Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 avente ad oggetto “*Determinazioni degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione*” ha introdotto la figura del “Gestore” delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio all'UIF al fine di una corretta valutazione.

Il PNA 2016 ha previsto la nomina del gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio all'UIF che dovrà interagire con il R.P.C.T.

Come previsto dal citato D.M. e dal PNA 2016, con Deliberazione del Direttore Generale n. 566, del 4 dicembre 2019, la Fondazione, in considerazione della configurazione organizzativa dell'Istituto in termini di gestione dei mezzi di pagamento e riscossione nonché con riferimento alle competenze necessarie al corretto espletamento del ruolo, ha nominato il Direttore della UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, quale “Gestore” delegato alla valutazione e alla trasmissione alla UIF - Unità di Informazione Finanziaria - della Banca d'Italia delle segnalazioni di operazioni sospette. Con il medesimo provvedimento è stato altresì costituito un gruppo di lavoro a supporto del “Gestore” per l'attività di valutazione di operazioni sospette, così composto:

- Responsabile UOC Provveditorato Economato
- Responsabile UOC Tecnico Patrimoniale
- Responsabile UOC Affari Generali e Legali

Il Gestore deve rapportarsi con il R.P.C.T. sia in relazione alle segnalazioni di propria competenza, sia per una generale funzione di monitoraggio e controllo rispetto a tutte le attività che comportano operazioni\transazioni a titolo oneroso inerenti le varie funzioni e strutture aziendali.

Il Gestore, nel caso rilevi elementi di sospetto, o quantomeno di dubbio, nel corso dell'esercizio delle proprie funzioni, dovrà provvedere a trasmettere la relativa comunicazione all'UIF dandone comunicazione al R.P.C.T.

Il “Gestore” ha predisposto la procedura interna di valutazione, preordinata a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla U.I.F., la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti, come previsto dall'art. 6 del Decreto Ministeriale del Ministro dell'Interno del 25/09/2019. Tale procedura sarà perfezionata ed approvata nel corso del primo semestre del 2022.

5.16 RAPPORTI TRA R.P.C.T. E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI – RPD/DPO (REG. UE 2016/679)

A seguito dell'entrata in vigore (25 maggio 2018) del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)*» (di seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore (19 settembre 2018), del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679,



la Fondazione con deliberazione del C.d.A. n. 212, del 23 luglio 2018 ha approvato il Regolamento aziendale per l'attuazione del Regolamento UE/2016/679, successivamente integrato con deliberazione del CDA n. 240, del 12 novembre 2018, con il quale vengono definiti l'ambito di applicazione, le responsabilità, i termini e le modalità di attuazione del Regolamento UE.

Ai sensi dell'art. 37 del RGPD *“Designazione del responsabile della protezione dei dati”* la Fondazione, con deliberazione del Direttore Generale n. 392, del 29 luglio 2020, ha nominato quale Responsabile della Protezione dei dati della Fondazione la società Global Com Technologies S.r.l., con sede a Catania, persona giuridica esterna all'Ente che assolve i suoi compiti in base ad un contratto di servizi.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), ai sensi dell'art. 39 del GDPR (Compiti del Responsabile della Protezione dei Dati) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Nello specifico si occupa di:

- a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal regolamento UE nonché da altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del regolamento, di altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- c) fornire, se richiesto, pareri in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35;
- d) cooperare con l'autorità di controllo “garante della privacy”;
- e) fungere da punto di contatto con l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36.

L'ANAC con l'aggiornamento 2018 del PNA ha evidenziato che il RPD non debba coincidere con il R.P.C.T. valutando che la sovrapposizione dei due ruoli potrebbe rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al R.P.C.T.

Il medesimo orientamento è stato espresso dal Garante per la protezione dei dati personali che ha chiarito che *“In linea di principio, è quindi ragionevole che negli enti pubblici di grandi dimensioni, con trattamenti di dati personali di particolare complessità e sensibilità, non vengano assegnate al RPD ulteriori responsabilità”*.

Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il R.P.C.T., anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.



5.17 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA (ALPI)

Come indicato dall'ANAC nel PNA 2015, l'attività libero professionale rappresenta una specifica area di rischio per gli enti del SSN, specie per le sue possibili interferenze con la gestione delle liste di attesa, la trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e l'identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni.

L'attività libero professionale può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti a svantaggio dei cittadini, con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.

Nel corso del 2020, ORAC ha effettuato una verifica in materia di ALPI e di gestione delle liste di attesa, rassegnando a Regione Lombardia una relazione sull'attività svolta nell'ambito dell'obiettivo n. 9 del Piano annuale delle attività 2020 avente ad oggetto: *“Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett f), L.r. 13/2018, in materia di attività libero professionale e gestione liste di attesa”*.

Nel corso del 2021 allo scopo di prevenire comportamenti illegittimi o fatti illeciti, oltre alle misure di contrasto introdotte nei precedenti Piani in materia di ALPI, si è provveduto ad aggiornare il Regolamento della Libera professione e il sito istituzionale al fine di dare maggiore visibilità all'utenza esterna in merito all'attività svolta sia in regime SSN che in regime ALPI.

Visto l'aggiornamento del Regolamento la Direzione Sanitaria nel corso del 2022 provvederà ad aggiornare le procedure interne al fine di metterle in linea a quanto definito nel Regolamento della Libera Professione approvato con delibera CDA n. 119, del 22 dicembre 2021.

5.18 LINEE GUIDA DI CONDOTTA RESPONSABILE DELLA RICERCA

La scienza si basa sulla fiducia, senza la sicurezza dell'integrità dei dati scientifici dei propri colleghi, i ricercatori sarebbero privi di un fondamento su cui sviluppare la propria attività.

Sebbene la comunità scientifica abbia sempre goduto del privilegio dell'autoregolamentazione e dell'autodisciplina per garantire la legittimità delle sue attività, essa deve anche rispondere alle aspettative delle parti interessate al di fuori della propria comunità (ad esempio, agenzie di finanziamento, opinione pubblica, agenzie regolatorie, ecc.) rispetto ai più stringenti standard di integrità.

La Fondazione valorizza l'onestà e l'integrità della propria comunità scientifica in linea con la propria missione di realizzare ricerche fondamentali e cliniche innovative e si impegna per garantire la qualità, l'attendibilità e la riproducibilità delle ricerche condotte dai propri ricercatori e dal personale di altri istituti che lavora presso le sedi dell'IRCCS, sostenendo elevati standard di integrità. La Fondazione promuove inoltre un ambiente in cui la condotta responsabile della ricerca sia espressamente discussa e incoraggiata.

Presso la Fondazione, la condotta responsabile della ricerca (Responsible conduct of research - RCR) viene definita dai seguenti principi fondamentali contenuti nel Codice di condotta europeo (ALLEA, 2017):

- Affidabilità nel garantire la qualità della ricerca: si riflette nella progettazione, nella metodologia, nell'analisi e nell'uso delle risorse.
- Onestà nello sviluppare, condurre, rivedere e comunicare la ricerca in maniera trasparente, equa, completa e obiettiva.



- Rispetto per i colleghi, i partecipanti alla ricerca, la società, gli ecosistemi, il patrimonio culturale e l'ambiente.
- Responsabilità per la ricerca dall'idea iniziale alla pubblicazione, per la sua gestione e organizzazione, per la formazione, la supervisione e il tutoraggio, e infine per i suoi impatti più ampi.

Tali principi si applicano a tutti gli aspetti della ricerca scientifica, inclusi:

1. Ambiente di ricerca
2. Formazione, supervisione e mentoring
3. Procedure di ricerca
4. Salvaguardie
5. Prassi in materia di dati e gestione dei dati
6. Collaborazione
7. Pubblicazione e diffusione
8. Revisione, valutazione ed editing

Il mancato rispetto di tali principi e, pertanto, delle buone prassi di ricerca costituisce una violazione delle responsabilità professionali. Tale mancanza nuoce al processo di ricerca, compromette i rapporti tra ricercatori, mina la fiducia nella ricerca e la sua credibilità, provoca uno spreco di risorse e può esporre i protagonisti e gli utenti della ricerca, la società e l'ambiente a danni evitabili.

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.

Nel corso del 2019 è stata adottata e pubblicata sulla rete intranet della Fondazione la *Procedura di gestione di sospetta condotta scientifica scorretta* - Rif. PRI32 (Rev 0, 22/10/2019). L'obiettivo è arrivare ad approvare un regolamento di istituto per la Condotta responsabile nella ricerca (RRI) che rappresenta il primo passo per l'adozione di un Codice etico per l'integrità della ricerca.

In dettaglio si riportano di seguito le **attività** che la Direzione Scientifica intende implementare nel periodo di vigenza del presente Piano.

Pubblicazione dei risultati dell'attività di ricerca secondo i principi di Open Access (OA)

La Fondazione promuove attivamente una politica di pubblicazioni aperte e/o gratuite secondo una logica Findable Accessible Interoperative Reusable (FAIR) e concorda con i ricercatori le modalità e le condizioni per raggiungere questo obiettivo, predisponendo una policy per l'OA. I ricercatori saranno supportati nella gestione del Copyright ai fini della pubblicazione di contenuti di ricerca e riceveranno una formazione adeguata su l'OA. La Fondazione nel 2020 ha attivato un repository istituzionale per il deposito dei dati della ricerca, definendo gli spazi di archiviazione, le tipologie di dati, le chiavi di ricerca, i set di metadati e il livello di pubblicità dei diversi documenti.

Il formato dei file sarà definito in modo da assicurarsi la conservazione e la leggibilità futura, evitando di ricorrere a proprietary formats.



Nel corso del 2021 la Fondazione si è dotata di una procedura operativa per la preparazione ed il deposito dei dati grezzi della ricerca, pubblicata sulla Intranet aziendale (IO 126). Da ciò ne consegue che le attività previste sono:

- monitoraggio della bontà dei dati di ricerca e implementazione delle pubblicazioni depositate nel repository aziendale;
- inclusione nei Data Management Plan delle procedure di deposito nel repository;
- redazione Policy su OA.

Conservazione, protezione, tracciabilità e recuperabilità dei dati della ricerca sperimentale

Il Research Data Management (RDM) consiste nell'attività di gestione efficace e sicura delle informazioni e dei dati creati nel corso delle ricerche, che costituiscono in genere le prove su cui si basano i risultati pubblicati. Un'efficace gestione dei dati della ricerca si estende per un lungo ciclo di vita e continua ben oltre la pubblicazione della ricerca iniziale.

La definizione di “dati” va al di là delle informazioni e delle osservazioni che costituiscono il risultato tipico delle indagini scientifiche. Invero, essa include anche materiali, prodotti, procedure e altre fonti che fanno parte del progetto di ricerca, ivi compresi i materiali inviati al Comitato Etico (o ad altri comitati di supervisione della ricerca) e da questi approvati, moduli del consenso firmati e qualunque altro documento o fonte, in qualunque formato, necessario per la ricostruzione, la valutazione o la riproduzione di risultati resi noti o pubblicati in altri modi.

Tutti i dati primari devono essere salvati, in tempo reale, su un server della Fondazione centrale dedicato alla ricerca e con back-up remoto e/o su account di archiviazione in cloud forniti specificamente dalla Fondazione e devono rimanere accessibili ai dipendenti autorizzati per almeno cinque o, preferibilmente, dieci anni, dopo essere stati raccolti.

La Fondazione si sta attivando per implementare questi servizi. Si riconosce che i dati generati da strumenti analitici (ad esempio PCR, lettori ELISA, ecc.) potrebbero non essere immediatamente salvati in back-up dallo strumento hardware e, in generale, che essi devono essere trasferiti sul PC/account personale dell'utente fornito dalla Fondazione su cui tali dati diventano disponibili per il back-up e l'archiviazione.

La principale verifica di qualunque risultato scientifico è costituita dalla sua riproducibilità. Data la natura estremamente complessa e specialistica di molte procedure sperimentali, è comprensibile che possa trattarsi di un'impresa difficile; ciononostante, gli esperimenti e i calcoli numerici possono essere riprodotti soltanto quando è possibile ricostruire tutte le fasi importanti.

Esse dovrebbero quindi essere documentate in modo sufficientemente esaustivo da consentire a una persona che conosce la materia di ricostruire gli esperimenti e le considerazioni implicati.

In conformità alle direttive europee e ministeriali sull'accessibilità dei risultati della ricerca finanziata con fondi pubblici, i prodotti della ricerca (quali pubblicazioni, raw data) devono essere resi pubblici mediante il deposito sul repository della Fondazione.

Le attività previste sono:

- survey delle attuali procedure in atto presso le diverse U.O.
- standardizzazione delle procedure di conservazione, protezione e tracciabilità dei dati relativi alle sperimentazioni; redazione dei Data Management Plan; deposito della documentazione relativa ai protocolli sperimentali nel repository.



Plagio e pubblicazioni ridondanti

I manoscritti di ricerca si basano solitamente su risultati precedenti o li modificano. Tuttavia, il riferimento improprio a un'opera precedente o il suo riutilizzo costituisce una violazione dell'integrità della ricerca e, a seconda della gravità, può costituire una frode scientifica.

Si comprende come ciascun manoscritto pubblicato includa nuovi pensieri, conoscenze e risultati che fanno progredire la nostra conoscenza del mondo. Tale comprensione è compromessa quando un manoscritto contiene informazioni non citate/riciclate.

Il plagio ha conseguenze serie per la carriera delle persone coinvolte, specialmente i più giovani e, pertanto, per l'intera impresa scientifica. Esso incide quindi notevolmente sull'integrità dei documenti di ricerca e sul processo di scoperta scientifica nel suo complesso e contribuisce a mettere a rischio la fiducia del pubblico nella ricerca e nella scienza.

Il plagio assume molte forme che costituiscono tutte, come minimo, una pratica di ricerca dannosa e, in molti casi, una frode scientifica.

La Fondazione promuove la cultura dell'onestà e dell'integrità attraverso programmi di formazione e istruzione sull'integrità della ricerca e la definizione di regolamenti chiari e applicabili in materia di *Research Integrity*, al fine di assicurare la credibilità e l'affidabilità della ricerca condotta dalla propria comunità scientifica, nonché di tutelare tale comunità da accuse non provate di frode scientifica e difendere i propri elevati standard di ricerca scientifica.

5.19 MONITORAGGIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT

Le sperimentazioni cliniche (sia “profit” che “no profit”) sono ampiamente e dettagliatamente regolamentate con norme di tipo pubblicistico (come tali, inderogabili).

Poiché tali norme si ispirano in buona misura a principi di trasparenza, sicurezza e correttezza nello svolgimento della Sperimentazione Clinica, il rispetto di esse in gran parte scongiura, indirettamente, la possibilità che durante lo svolgimento delle stesse vengano compiute condotte criminose.

I proventi derivanti alle aziende sanitarie ed in particolare agli IRCCS a seguito di sperimentazioni cliniche, specie nel caso di studi clinici randomizzati interventistici con farmaci che devono essere introdotti sul mercato, possono assumere una consistenza molto rilevante.

Successivamente all'attività svolta dai Comitati Etici, volta ad accertare la scientificità e la eticità dei protocolli di studio, è prevista una fase di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche e degli studi, con conseguente gestione degli aspetti amministrativo-contabili. Detta attività deve essere costantemente monitorata e controllata.

Il Dipartimento Gestionale Ricerca e Sviluppo clinico congiuntamente all'UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, garantisce l'attuazione ed il monitoraggio di tutte le procedure aziendali necessarie per l'autorizzazione e lo svolgimento delle sperimentazioni cliniche e per fornire sostegno ai ricercatori attivi all'interno della Fondazione.

Al fine di prevenire il rischio di un'attribuzione discrezionale dei proventi agli sperimentatori, con Deliberazione C.d.A. n. IV/29, del 30 giugno 2017 è stato adottato il “Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche” che disciplina le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i costi



diretti da sostenersi per la conduzione della sperimentazione, secondo i criteri indicati nella delibera ANAC n. 831/2016 (PNA 2016).

La Fondazione con l'adozione del citato Regolamento ha superato le criticità relative alla ripartizione dei proventi derivanti dalle Sperimentazioni Cliniche stabilendo che tutti i trials devono essere condotti in orario di servizio e che non è consentita la distribuzione dei fondi direttamente ai ricercatori, prevedendo nel contempo che i proventi, al netto dei costi, siano assegnati alle Unità Operative, nel pieno rispetto delle indicazioni previste nell'aggiornamento PNA 2016 e dalle disposizioni AIFA.

Infine, si sottolinea che tra gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento della Fondazione vi è quello di comunicare, a cura degli sperimentatori, gli eventuali interessi finanziari ed eventuale conflitti d'interesse.

All'atto della presentazione della documentazione di uno studio clinico per l'approvazione del Comitato Etico, ciascuno sperimentatore deve presentare apposita dichiarazione dando evidenza che la propria attività nell'ambito dello specifico studio non costituisce in alcun modo conflitto di interessi con le aziende farmaceutiche responsabili dello sviluppo dei farmaci di studio, dichiarando altresì che:

- nel corso degli ultimi 5 anni non ha svolto alcun ruolo o attività come dipendente o consulente presso aziende farmaceutiche interessate allo sviluppo e/o commercializzazione dei farmaci oggetto di studio;
- nel corso degli ultimi 5 anni non ha ricevuto dalle medesime aziende farmaceutiche alcun compenso o contributo finanziario, diretto o indiretto, né altro tipo di assistenza e sostegno, comprendenti o meno benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti;
- di non avere interessi finanziari nel capitale delle medesime aziende farmaceutiche;
- che quanto dichiarato può essere esteso ai componenti del suo nucleo familiare
- che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

5.20 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 promosse dalla Fondazione, con Deliberazione del C.d.A. n. IV/244, del 12 novembre 2018 è stato approvato il *"Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni a favore di progetti in ambito sanitario e di ricerca"* che prevede 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 contiene 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.

A seguito di cambiamenti organizzativi il regolamento sopra richiamato sarà oggetto di revisione nel corso del 2022.



5.21 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO

Durante l'anno 2022 la Fondazione sarà interessata da un'attività di consolidamento delle procedure relative al Percorso di Certificabilità di Bilancio (PAC). Tale attività consisterà nella compilazione di check list di autovalutazione congiunta tra i diversi gestori delle procedure suddivise per singola area tematica. Seguiranno degli incontri formativi organizzati da Regione Lombardia ai quali parteciperanno le strutture del SSR.

Tenuto conto che 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, nel corso del anno 2022, a seguito dell'introduzione, a far tempo dal 1 gennaio 2022, del nuovo sistema informativo di contabilità, saranno esaminate puntualmente le procedure adottate nell'ambito di tale percorso e saranno individuate quelle che dovranno essere adeguate alle nuove modalità organizzative-operative conseguenti al cambiamento del software.

Tale attività sarà svolta nel biennio 2022 – 2023.

La revisione delle procedure previste nell'anno 2021 è stata pertanto posticipata al 2022 in vista dell'introduzione del nuovo sistema informativo della Fondazione.

Nel corso del 2022 saranno pertanto revisionate ed aggiornate alcune procedure afferenti alle seguenti aree: Crediti e Ricavi, Disponibilità liquide e Patrimonio Netto.

5.22 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL P.T.P.C.T. 2022 – 2024

5.22.1 ACQUISTI AUTONOMI E PROROGHE CONTRATTUALI

Il DPCM 11 luglio 2018, rispetto al precedente DPCM 24 dicembre 2015, ha implementato le categorie merceologiche con riferimento alle quali talune amministrazioni pubbliche, tra cui gli enti del Servizio Sanitario Nazionale – al superamento di determinati importi – non saranno più legittimate ad esperire autonome procedure di gara, ma dovranno ricorrere a Consip ovvero agli altri soggetti aggregatori.

Inoltre, come previsto dal citato DPCM e dalla normativa nazionale e regionale vigente, le UU.OO.CC. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale, prima di procedere a qualsiasi acquisto in via autonoma, verificano le iniziative presenti presso le Centrali di Committenza. Gli acquisti relativi alle categorie di beni e servizi indicate nel citato DPCM restano, in via esclusiva, di competenza delle centrali di committenza (ARIA e Consip).

In riferimento alle proroghe, come espressamente previsto all'art. 106 comma 11 del D.Lgs. 50/2016, la durata del contratto può essere modificata esclusivamente per i contratti in corso di esecuzione se prevista nel bando e nei documenti di gara una opzione di proroga limitata al tempo necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente.

Pertanto le proroghe possono essere attivate esclusivamente per un periodo limitato e funzionale al perfezionamento dello svolgimento di nuove gare e, di conseguenza, quando le cause dei ritardi dovute all'impossibilità di contrattualizzare alla scadenza dei contratti, non siano da imputarsi alla Fondazione.



Le UU.OO.CC. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale, per quanto di rispettiva competenza, invieranno al R.P.C.T. un report annuale contenente indicazione dell'effettiva attuazione delle misure sopra descritte.

Nel 2021 è stato sottoscritto un Protocollo d'intesa tra il R.P.C.T. e il Dirigente Responsabile della U.O.C. Provveditorato Economato per la *"Regolamentazione del sistema di allerta relativo agli acquisti in economia"* che prevede:

- 1) la trasmissione di copia della determina a contrarre con allegato l'elenco degli ordinativi di acquisto di modico valore, in sede di adozione;
- 2) l'obbligo trimestrale di trasmissione (all'RPCT) dell'elenco degli acquisti infungibili e in via esclusiva.

Nel 2022 sarà sottoscritto un analogo Protocollo d'intesa tra il R.P.C.T. e il Dirigente Responsabile della U.O.C. Tecnico Patrimoniale per la *"Regolamentazione del sistema di allerta per le acquisizioni di beni/servizi e l'esecuzione di lavori in modalità di affidamento diretto"* che prevede la trasmissione al R.P.C.T. a cura della UOC Tecnico Patrimoniale:

- a) con cadenza trimestrale (31 marzo - 30 giugno - 30 settembre - 31 dicembre), di copie delle determinazioni adottate relative agli affidamenti della fornitura di beni/servizi ed alla esecuzione di lavori rientranti nella fattispecie dell'affidamento diretto di cui all'art. 36, comma 2, lettera a) del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
- b) ogniqualvolta si ravvisi la fattispecie, di copia della Deliberazione del Direttore Generale della Fondazione di approvazione di variante sugli appalti di lavori;
- c) ogniqualvolta si ravvisi la fattispecie, di copia della Deliberazione del Direttore Generale della Fondazione di proroga di contratti di importo superiore alla soglia di € 1.000.000,00.

5.22.2 PATTO D'INTEGRITÀ

Con D.G.R. n X/1751, del 17 giugno 2019 Regione Lombardia ha aggiornato il Patto di Integrità di cui all'allegato A1 alla L.R. 27 dicembre 2006, n. 30, confermando la volontà di assicurare la massima trasparenza nei procedimenti relativi alle gare d'appalto di competenza. Il Patto dovrà essere sottoscritto da tutti i fornitori di beni, servizi e lavori che intendano partecipare alle gare d'appalto, pena l'esclusione.

Si tratta di un accordo con gli operatori economici che vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati, comportamenti che dovranno essere improntati ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno, in funzione di prevenzione amministrativa della corruzione.

L'accettazione del Patto di integrità costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000,00 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico.

Copia del Patto di Integrità, sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, deve essere allegata alla documentazione amministrativa richiesta ai fini della procedura di affidamento o dell'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico Sintel.



Chi sottoscrive il Patto si impegna a non perseguire condotte finalizzate ad alterare le procedure di aggiudicazione o la corretta esecuzione dei contratti, a non ricorrere alla mediazione o altra opera di terzi ai fini dell'aggiudicazione o gestione del contratto, a non corrispondere ad alcuno, direttamente o tramite terzi, ivi compresi soggetti collegati o controllati, somme di danaro o altre utilità al fine di facilitare l'aggiudicazione o gestione del contratto.

5.22.3 BENI E SERVIZI INFUNGIBILI

L'ANAC con Deliberazione n. 950, del 13 settembre 2017, ha approvato le linee guida n. 8 *“Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili”* definendo un bene o un servizio **infungibile** qualora *“a causa di ragioni di tipo tecnico e di privativa industriale, non esistono possibili sostituti degli stessi, oppure a causa di decisioni passate da parte del contraente che lo vincolano nei comportamenti futuri o a seguito di decisioni strategiche da parte dell'operatore economico”*.

Regione Lombardia con deliberazione n. 491, del 2 agosto 2018 ha approvato il secondo provvedimento 2018 delle “Regole di sistema” contenenti le linee guida che si propongono di fornire indicazioni circa le modalità da seguire nei casi in cui le stazioni appaltanti decidano di attivare procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando finalizzate all'acquisizione di beni e servizi infungibili e in regime di esclusività tecnica.

La Fondazione ha recepito le citate linee guida con l'adozione di un Regolamento per l'acquisizione di apparecchiature, hardware e software, farmaci, dispositivi medici, altro materiale di consumo, beni durevoli, servizi e lavori dichiarati infungibili/esclusivi approvato con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. 246, del 5 dicembre 2018.

Il Direttore della UOC Provveditorato Economato, ai sensi delle citate linee guida regionali, trasmetterà alla Direzione Strategica, con cadenza semestrale una rendicontazione sintetica in ordine alle acquisizioni di beni/servizi infungibili includendovi anche quelle di valore inferiore ai 40.000,00 euro, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta.

Copia di tale rendicontazione sarà trasmessa anche al R.P.C.T.

5.22.4 DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO (DEC)

Con Decreto n. 49, del 7 marzo 2018, il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha approvato il Regolamento recante *«Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione»*.

Il citato Regolamento prevede:

- all'art. 18 comma 1: *“il Direttore dell'esecuzione svolge il coordinamento, la direzione e il controllo tecnico – contabile dell'esecuzione del contratto stipulato dalla stazione appaltante in modo da assicurarne la regolare esecuzione nei tempi stabiliti e in conformità alle prescrizioni contenute nei documenti contrattuali e nelle condizioni offerte in sede di aggiudicazione o affidamento”*.
- all'art. 25 *“Il Direttore dell'esecuzione, a fronte della comunicazione dell'esecutore di intervenuta ultimazione delle prestazioni effettua entro cinque giorni i necessari accertamenti in contraddittorio con lo stesso e nei successivi cinque giorni elabora il certificato di ultimazione delle prestazioni e lo invia al RUP”*;



- all'art. 26 comma 1: “... al fine di procedere con i pagamenti all'esecutore, il direttore dell'esecuzione accerta la prestazione effettuata, in termini di quantità e qualità rispetto alle prescrizioni previste nei documenti contrattuali. Tale accertamento è comunicato al RUP”.

Ai sensi del citato art. 26, il DEC, al fine della liquidazione delle fatture relative alla fornitura di beni e servizi, provvede ad apporre il benestare riferito alla corretta esecuzione sulle stesse fatture.

Inoltre ai sensi dell'art. 25 il DEC provvede a trasmettere alla UOC Provveditorato Economato, con cadenza annuale, i certificati attestanti la regolare esecuzione dei contratti aventi ad oggetto i servizi sopra la soglia comunitaria.

5.22.5 LAVORO AGILE

Con deliberazione Direttore Generale n. 674, del 30 dicembre 2020, a seguito di avviso pubblico interno, sono stati autorizzati allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità “agile”, per l'anno 2021, la totalità dei dipendenti che ne hanno fatto richiesta nei tempi stabiliti (n. 96 dipendenti).

Nel secondo semestre 2021, come previsto dal regolamento sul lavoro agile adottato con deliberazione CDA n. V/83, del 26 novembre 2020, è stato effettuato un monitoraggio, attraverso un questionario rivolto ai 96 dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile ed ai loro responsabili per verificare l'andamento dell'attività in “smart working” e proporre eventuali azioni correttive.

Dall'analisi dei dati è emerso l'alto gradimento del “lavoro agile” e del relativo regolamento:

- l'82% dei responsabili che hanno risposto, hanno valutato positiva l'esperienza di lavoro agile del personale afferente e sono favorevoli a concederlo nuovamente;
- il 95% dei lavoratori “agili” che hanno risposto, hanno valutato positiva l'esperienza e sono interessati a proseguirla.

Tra gli adempimenti in materia di lavoro agile in capo ai Direttori delle UU.OO.CC. vi è anche l'assegnazione di obiettivi o uno specifico programma da svolgere in modalità agile da parte dei dipendenti. Tuttavia, la suddetta analisi ha rilevato che solo il 64% dei responsabili monitora e verifica sempre le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente.

Per l'anno 2022 si individua pertanto, come strumento di controllo e di prevenzione della corruzione l'esecuzione di audit di controllo periodici per verificare la correttezza degli adempimenti in materia di lavoro agile.

5.22.6 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Diversi processi, semplici e complessi, e spesso trasversali all'organizzazione, provvedono al buon funzionamento di un sistema complesso quale è l'ospedale. La loro corretta attuazione, secondo un approccio risk based, permette di ridurre e/o prevenire gli eventi avversi relativi al percorso del paziente, ma anche quelli inerenti alla sicurezza del lavoratore.

I principali processi che hanno un forte impatto sul percorso di cura del paziente e sulla sicurezza del lavoratore in ottemperanza al D.lgs. 81/2008, e la cui buona attuazione è correlata ad una



corretta gestione amministrativa dall'elaborazione del capitolato di gara esaustivo all'esecuzione del procedimento amministrativo fino all'esecuzione di alcuni contratti, sono:

Prevenzione e controllo delle infezioni, correlate all'assistenza, rientrano in questo processo:

- a) appalto servizio di pulizia: pulizia e disinfezione degli ambienti
- b) contratti centrali di sterilizzazione, pulizia, disinfezione, conservazione di presidi, dispositivi medici, strumentario chirurgico
- c) appalto manutenzione impianti e monitoraggi specifici per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi polmonare
- d) prevenzione del rischio biologico
- e) gestione e smaltimento rifiuti

Sicurezza del lavoratore vedi c), d), e)

Anche le criticità relative alla gestione dei materiali da consumo dei **DISPOSITIVI MEDICI**, dei **FARMACI e degli emocomponenti** può fornire informazioni utili su:

- corretta gestione ed esecuzione delle procedure amministrative di approvvigionamento (appalti, gare, etc.) di materiali di consumo, dispositivi medici e dei device impiantabili;
- gestione approvvigionamento degli stessi (S.S. Farmacia e UOC Provveditorato Economato) e rapporti con i fornitori;
- gestione dei materiali di consumo, dispositivi medici, device impiantabili;
- gestione e approvvigionamento farmaci (S.S. Farmacia).

Le criticità possono essere messe in evidenza ricercando negli eventi avversi/sentinella o anche in incident/near miss elementi favorevoli o causali (più raro) riconducibili all'utilizzo di dispositivi, materiali, impiantabili, farmaci.

Anche gli infortuni sul lavoro, o alcune malattie infettive possono, sempre con un rapporto di causalità più facilmente indiretto, essere messi in relazione ad anomalie dei processi citati. Questi possono essere occasione di approfondimento del corretto impianto dei relativi appalti (RUP, DEC), con il coinvolgimento degli utilizzatori.

Errori nella gestione dei farmaci (tutto il processo dall'approvvigionamento fino alla somministrazione e smaltimento) o nell'impiego del sangue (p.e. sacche infette, sacche non compatibili) anche se non provocano danni ai pazienti e/o alla struttura possono rivelare falle sia nei rapporti con le ditte fornitrici (procedure presa in carico) sia all'interno della struttura (p.e. sottrazione di farmaci, procedure gestione sangue).

Alla luce dei rischi sopra esposti, la Fondazione adotta le seguenti misure di prevenzione per contrastare possibili illeciti:

MISURE DI TRASPARENZA (come misura specifica, anche oltre gli obblighi di legge per i risarcimenti erogati, cfr. Legge n. 24/2017, art. 4)

- quale azione migliorativa/preventiva analisi e discussione annuale dei singoli casi tra gli uffici coinvolti in base alle diverse tipologie di evento avverso/sentinella/incident/near miss relativi direttamente o indirettamente allo svolgimento dei processi sopramenzionati.



- pubblicazione di dati riferiti a richieste risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti alle tipologie di eventi sopra descritti (infezioni ospedaliere, errori nella somministrazione di farmaci, errori riconducibili all'utilizzo di dispositivi, materiali, device impiantabili, nell'impiego di sangue etc.), con l'indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti, delle UU.OO.CC coinvolte.

MISURE DI CONTROLLO

- esame congiunto tra Risk Manager, R.P.C.T. e Referenti (annuale) delle attività di audit, con individuazione dei profili di azione comune (con verbale in forma semplificata)

5.22.7 ULTERIORI MISURE

La Fondazione provvede a dare attuazione alle seguenti ulteriori misure:

- ✓ Pubblicazione sul sito della Fondazione (<https://www.istituto-besta.it/web/guest/fornitori>) del provvedimento di nomina dei componenti delle commissioni di gara e relativi curricula.
- ✓ Rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazioni attestanti:
 - di non aver riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale.
 - l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui all'art. 77 commi 4, 5 e 6 del D.Lgs. n. 50/2016, anche con riferimento all'elenco degli operatori economici che hanno presentato offerta.
 - di non aver partecipato alla redazione degli atti di gara.
 - di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti del GDPR che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
 - di non aver alcun interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di che trattasi. (art. 42 c.2) del D.Lgs. n. 50/2016.
- ✓ Recepimento delle disposizioni previste nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del D.lgs. 50/2016, "codice dei contratti pubblici" mediante l'inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, della condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. (PANTOUFLAGE)
- ✓ Pubblicazione sul sito internet della amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.
- ✓ 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.
- ✓ Comunicazione al R.P.C.T. da parte del RUP ogni qual volta venga effettuata una proroga di contratto.



- ✓ Adozione del Regolamento aziendale delle sponsorizzazioni di eventi formativi della Fondazione (adottato con Delibera C.d.A. n. IV/114, del 29/09/2017) ai sensi delle indicazioni operative regionali da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM (educazione continua in medicina). Il Regolamento disciplina le modalità di scelta dello sponsor mediante avviso di manifestazione di interesse pubblicato sul sito internet della Fondazione, nonché i criteri utilizzati dalla commissione costituita ad hoc per la valutazione delle offerte pervenute corredato dallo schema di contratto di sponsorizzazione conforme al format previsto dalla vigente normativa regionale in materia.

6 INIZIATIVE FORMATIVE

La formazione dei dipendenti in materia di tematiche inerenti al rischio corruttivo rappresenta uno degli obiettivi strategici individuati nel presente Piano, come indicato al punto 2:

- promozione di iniziative formative (formazione generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità per la sensibilizzazione del personale;
- innalzamento del livello qualitativo e monitoraggio sulla qualità della formazione erogata.

Per il triennio di riferimento 2022-2024 la formazione sarà strutturata su un livello generale rivolto a tutti i dipendenti, in materia di etica e legalità e su un livello specifico rivolto ai dirigenti e ai referenti delle aree a maggior rischio corruttivo per approfondire tematiche settoriali.

Gli eventi formativi specifici saranno orientati all'esame di casi concreti calati nel contesto della Fondazione per favorire l'apprendimento di competenze tecniche e comportamentali in materia di prevenzione della corruzione.

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 anche per il 2021, congiuntamente agli altri IRCCS lombardi per alcuni ambiti di interesse comune che saranno individuati.

La Fondazione proseguirà nelle iniziative formative in particolare nei seguenti ambiti:

- Corso base in tema di anticorruzione rivolto anche ai neo assunti
- Responsabilità della struttura sanitaria e dei professionisti (Legge n. 24/2017)
- Ruolo, funzioni e responsabilità del DEC
- Formazione in tema di antiriciclaggio per le Pubbliche Amministrazioni
- Training formativi sulla gestione e rendicontazione di progetti di ricerca finanziati da enti nazionali ed europei

La Fondazione ha emanato in data 9 marzo 2022, la PRI49, procedura finalizzata alla definizione dell'iter e dei criteri per selezionare e formare il personale della Fondazione che opera in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. Obiettivo generale è quello di implementare lo strumento della formazione prevista dal P.T.P.C.T., mentre obiettivo specifico è rendere maggiormente efficace ed efficiente tale strumento, razionalizzando gli sforzi profusi, indirizzandolo agli operatori maggiormente coinvolti nelle attività a rischio corruzione.



7 RESPONSABILITA' E SANZIONI

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

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

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

Le misure di prevenzione e di contrasto alla corruzione adottate con il presente P.T.P.C.T., 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.T. 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 (R.P.C.T.) 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 per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza:**

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al R.P.C.T. sono previste significative responsabilità in caso di inadempimento:

- ✓ responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del P.T.P.C.T. 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 Responsabile provi determinate circostanze;
- ✓ responsabilità dirigenziale e disciplinare per omesso controllo in caso di ripetute violazioni del P.T.P.C.T.;
- ✓ responsabilità dirigenziale 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;



- **Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione**

L'inosservanza delle misure di prevenzione previste nel presente Piano, da parte dei dipendenti, è fonte di responsabilità disciplinare ai sensi della L. 190/2012 art. 1 c. 14.

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

- **Responsabilità dei 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 rubricato "Attuazione dell'art. 4 della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ricorso per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari di servizi pubblici" (Art. 1. Presupposti dell'azione e legittimazione ad agire);
 - ✓ va valutato 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 OBIETTIVI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ANNO 2022

Come indicato da ANAC, le misure di prevenzione della corruzione devono essere sempre tradotte in obiettivi, organizzativi ed individuali, assegnati agli uffici e ai loro dirigenti al fine di consentire alle politiche sulla performance di contribuire alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la Fondazione si è prefissata, per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di anticorruzione si declinano di seguito gli obiettivi per il 2022:

- 1) monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui al paragrafo 5 (Azioni e misure di prevenzione del P.T.P.C.T. 2022-2024);
- 2) formazione *in house* o esterna dei dirigenti delle Unità Operative complesse e semplici, dei dipendenti delle aree di rischio obbligatorio e delle aree di rischio specifiche; formazione del R.P.C.T. con docenza esterna;
- 3) acquisizione semestrale dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari del numero di procedimenti disciplinari istruiti avverso dipendenti per violazioni inerenti il Codice di Comportamento Aziendale;
- 4) acquisizione semestrale dall'UOC Risorse Umane dei nominativi dei componenti delle commissioni concorsuali per l'accesso e la selezione a pubblici impieghi e per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
- 5) acquisizione semestrale dalle UU.OO.CC. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale dei nominativi dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di beni, servizi e lavori;
- 6) monitoraggio sull'attuazione del Protocollo per la "Regolamentazione del sistema di allerta relativo agli acquisti in economia" e del Protocollo per la "Regolamentazione del sistema di allerta per le acquisizioni di beni/servizi e l'esecuzione di lavori in modalità di affidamento diretto";
- 7) aggiornamento dell'Albo/Elenco dei legali difensori dell'Ente.



SEZIONE 2 - TRASPARENZA

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 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.

Al principio di trasparenza si riconosce oggi – anche per effetto della sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 – un'indubbia rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost).

La trasparenza concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà delle P.A.

La trasparenza assume così rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione, ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come già sancito dall'art. 1 comma 36 della L. 190/2012.

La Fondazione Besta si pone quale obiettivo e valore da perseguire la promozione della cultura della trasparenza.

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.

La Fondazione garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale, nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, con l'indicazione della loro provenienza.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Il presente Piano si propone di dare completa attuazione alla disciplina della trasparenza finalizzata a garantire un adeguato livello di informazione, teso allo sviluppo della cultura dell'integrità.



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. Il sito ha 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:

(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_besta).

- **Posta Certificata**

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

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

La Fondazione ha istituito ulteriori caselle di PostaCertificat@ in uso presso la Presidenza, le Direzioni, i Dipartimenti, le UOC amministrative ed altri servizi ed uffici, come di seguito indicato:

- affarigenerali@pec.istituto-besta.it
- archivosanitario@pec.istituto-besta.it
- csa@pec.istituto-besta.it
- dipdiagnostica@pec.istituto-besta.it
- dipneurochirurgia@pec.istituto-besta.it
- dipneurocliniche@pec.istituto-besta.it
- dipneuropediatrie@pec.istituto-besta.it
- diram@pec.istituto-besta.it
- dirgen@pec.istituto-besta.it
- dirsan@pec.istituto-besta.it
- dirsci@pec.istituto-besta.it
- economicofinanziario@pec.istituto-besta.it
- laboratori@pec.istituto-besta.it
- opba@pec.istituto-besta.it
- presidenza@pec.istituto-besta.it
- provveditorato@pec.istituto-besta.it
- registro.tumori@pec.istituto-besta.it
- risorseumane@pec.istituto-besta.it
- servizio.informatico@pec.istituto-besta.it
- tecnico@pec.istituto-besta.it
- upd@pec.istituto-besta.it
- urp@pec.istituto-besta.it



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 con qualsiasi dispositivo in grado di connettersi ad internet senza doversi recare 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.

La Carta dei Servizi è pubblicata sul sito istituzionale, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

- **Albo Pretorio on line**

In applicazione dell'art. 32 della L. 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i. “*Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile*”, la Fondazione provvede alla pubblicazione dei provvedimenti all'Albo pretorio on line presente sul sito istituzionale. Tale pubblicazione ha l'effetto di pubblicità legale, i provvedimenti esecutivi sono pubblicati all'albo on line per quindici giorni consecutivi decorrenti dalla data di pubblicazione.

- **Accesso civico**

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

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

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

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.

L'URP, in tema di coinvolgimento dei “portatori di interesse” (cittadini fruitori dei servizi sanitari, familiari, caregivers, volontari che collaborano nel supporto durante i processi di assistenza, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di volontariato, ecc.), svolge 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 l'URP:

- ✓ 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;



- ✓ 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 Celoria, 11
Tel	02.23942292
Fax	02.70638217
E-mail	urp@istituto-besta.it
PEC	urp@pec.istituto-besta.it

3. DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/143, del 29 settembre 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:

(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/lombardia/fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_besta/224_alt_con_acc_civ/2017/0002_Documenti_1508226632557).

Il Regolamento recepisce le disposizioni del D.Lgs. 33/2013, del D.Lgs. 97/2016, 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 dicembre 2016 e la Circolare del n. 2/2017, del 30 maggio 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.

- **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 omesso 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 rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del suddetto decreto legislativo, dei limiti relativi alla tutela:

- di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti,
- del segreto di Stato
- del segreto d'ufficio
- del segreto statistico
- della protezione dei dati personali

L'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 nella sezione "Amministrazione Trasparente – Atri contenuti – accesso civico".

Ai sensi delle Linee guida ANAC la Fondazione ha introdotto il "**Registro degli accessi**", anch'esso pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente – Atri 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 affidata all'UOC Affari Generali e Legali che provvede al relativo aggiornamento e ne cura la pubblicazione trimestrale nella sezione "Amministrazione Trasparente":



[\(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/224_alt_con_acc_civ/2017/Documenti_1510064273755/\)](http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/224_alt_con_acc_civ/2017/Documenti_1510064273755/).

4. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Come già illustrato al punto 5.3 della Sezione I del presente Piano, il Piano delle Performance è un Documento di Programmazione previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*, 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 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, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).»*

Il Piano della Performance della Fondazione:

- ha la finalità di rendere partecipe la collettività ed in particolare gli utenti del S.S.R., circa gli obiettivi che la Fondazione si è prefissata di raggiungere, garantendo trasparenza ed ampia diffusione tra i cittadini, utenti, gli stakeholders ecc.
- 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.

Nello specifico, la trasparenza delle informazioni relative alla performance, è realizzata anche attraverso la pubblicazione nella sezione *“Amministrazione Trasparente”*

[\(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/060_perf/\)](http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia/_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/060_perf/)

dei seguenti documenti di importanza strategica:

- Piano della Performance;
- Relazione sulla Performance.

Come già specificato al punto 5.3 della Sezione I del presente Piano, vengono individuati in capo alle varie UU.OO. obiettivi in ambito di prevenzione corruzione e trasparenza in coerenza con le misure presenti nel presente Piano e che saranno oggetto di verifica da parte del Nucleo di Valutazione delle Performance:



OBIETTIVO	MISURA	INDICATORE
Attuazione del PTPCT anno 2022	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate. SI/NO
	Tempestiva pubblicazione su “Amministrazione trasparente” dei dati di competenza di ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT a cura del “Gruppo Trasparenza” dei verbali sulla verifica della pubblicazione dati. SI/NO

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

5. TRATTAMENTO DEI DATI - PRIVACY

Il PNA 2019 dedica uno specifico paragrafo al tema “*Trasparenza e tutela dei dati personali*”.

Muovendo dai principi espressi dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 20/2019 – che dal riconoscimento del pari rilievo costituzionale del diritto alla riservatezza dei dati personali (artt. 2,14,15 Cost) e dei principi di pubblicità e trasparenza (artt. 1 e 97 Cost.) fa discendere il necessario bilanciamento tra le due istanze, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 – ANAC evidenzia che il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri deve sempre avere una base giuridica.

Ai sensi dell'art. 2-ter del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, introdotto dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 che adegua il Codice Privacy alle disposizioni del Regolamento europeo 2016/679, la base giuridica «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà (art. 1, d.lgs. 33/2013), ANAC afferma che le Pubbliche Amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, devono verificare che la disciplina in materia di trasparenza, contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, ne preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza.

Il medesimo D.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «*Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a*



rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

ANAC richiama anche quanto previsto all'art. 6 del D.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde all'esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

Si evidenzia che, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD / DPO svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

Nel rispetto di quanto sopra richiamato, la Fondazione, prima di mettere a disposizione sul sito istituzionale documenti contenenti dati personali, deve verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. o in altre normative, preveda l'obbligo di pubblicazione, che deve comunque avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) n. 2016/679: adeguatezza, pertinenza, minimizzazione dei dati, esattezza, aggiornamento.

La Fondazione è tenuta a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679 e successivo D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 la Fondazione ha adottato il "Regolamento Aziendale per l'attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali", approvato con Deliberazione del C.d.A. n. 240, del 12 novembre 2018 consultabile sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente"

(http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_lombardia_fondazione_IRCCS_istituto_neurologico_carlo_best/010_dis_gen/020_att_gen/2018/Documenti_1527175699449/).

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

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del P.T.P.C.T. sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che la Fondazione pubblica e la partecipazione dei soggetti interni ed esterni alle iniziative per la trasparenza e l'integrità realizzate.

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:
 - ✓ le osservazioni pervenute all'esito della pubblicazione del P.T.P.C.T. in consultazione.



7. MISURE DI MONITORAGGIO E DIVIGILANZA

La pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni alla Fondazione, sia da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

7.1 GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO)

All'interno della Fondazione è stato costituito un "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 trasmessi a cura del R.P.C.T. ai Direttori delle UOC/servizi responsabili della pubblicazione, ai referenti per la trasparenza ed al personale addetto al trattamento del singolo flusso di dati (di cui al successivo punto 7). 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 la correttezza delle informazioni, dati e documenti pubblicati.

7.2 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 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.

Allo scopo di verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, ANAC individua annualmente specifiche categorie di dati cui gli OIV o gli organismi con funzioni analoghe, sono tenuti ad attestare la pubblicazione alla data del 31 marzo di ogni anno.

Il NVP annualmente, attraverso il documento "Griglia di rilevazione" fornita da ANAC, certifica la veridicità ed attendibilità dei dati e delle informazioni pubblicati, oggetto di attestazione, nonché la loro qualità in termini di completezza, aggiornamento e formato, secondo le indicazioni fornite da ANAC.

Il NVP, nello svolgimento della verifica, attribuisce un valore, per ciascun obbligo oggetto di attestazione, in tutti i campi della *griglia di rilevazione*, secondo determinati criteri di compilazione forniti da ANAC.



Dopo le opportune verifiche il NVP predispone l'attestazione secondo il modello «Documento di attestazione», nonché una «Scheda di sintesi sulla rilevazione» nella quale sono indicati la data di svolgimento della rilevazione, le procedure e le modalità seguite per la rilevazione nonché gli aspetti critici riscontrati nel corso della rilevazione ed eventuale documentazione da allegare.

La *Griglia di rilevazione*, il *Documento di attestazione* ed il *Documento di sintesi sulla rilevazione* effettuata, sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, entro i termini stabiliti annualmente da ANAC.

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 R.P.C.T. o delle segnalazioni pervenute da ANAC o dagli stakeholder.

8. 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 Direttore/Dirigente della struttura/servizio deputato alla produzione della informazione/dato è responsabile:

- della qualità del dato/informazione;
- del tempestivo e regolare invio dei flussi di dati all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che provvede alla pubblicazione nella sezione «Amministrazione Trasparente», 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 R.P.T.C. e i Direttori/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 Direttori/Dirigenti dei settori interessati.

Al fine di una migliore gestione dei flussi di dati e informazioni oggetto di pubblicazione, oltre alla rete di referenti, è stato individuato, da parte dei Dirigenti responsabili, anche il personale addetto al trattamento degli specifici dati/informazioni oggetto di pubblicazione, che ha il compito di curarne la qualità e l'invio tempestivo per la pubblicazione.

I referenti per la trasparenza hanno pertanto il compito di verificare periodicamente l'avvenuta pubblicazione dei dati di competenza della propria struttura/servizio da parte del personale addetto, compilare ed inviare trimestralmente al Gruppo Trasparenza (punto 7.1) un quadro sinottico di monitoraggio, nel quale devono essere indicati lo stato di pubblicazione di ciascun flusso di dati ed eventuali note laddove la tempistica di pubblicazione non fosse stata rispettata oppure omessa.

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



8.1 RESPONSABILITÀ DERIVANTE DALLA VIOLAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OBBLIGHI DI TRASPARENZA PER CASI SPECIFICI

Ai sensi dell'art. 46 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. *“1. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. 2. Il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi di cui al comma 1 se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.”*

Ai sensi dell'art. 45 del D.Lgs. 33/2013, modificato dall'art. 36 c. 1 del D.Lgs. 97/2016 viene attribuito ad ANAC un potere in ordine al corretto e tempestivo assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Infatti, ove l'autorità rilevi la mancata pubblicazione di atti, documenti e informazioni, ne ordina la relativa pubblicazione entro 30 giorni. Il mancato adempimento costituisce illecito disciplinare.

9. 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 Anagrafe Stazioni Appaltanti (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.

10. “DATI ULTERIORI”

La Fondazione Besta provvede alla pubblicazione dei 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”.

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

- Elenco dei provvedimenti relativi a 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 L. n. 190/2012).
- Elenco Avvocati: la Fondazione, al fine di garantire adeguata trasparenza al processo di conferimento di incarichi di rappresentanza in giudizio, ha istituito, con deliberazione del Direttore Generale n. 99/2016 del 6 aprile 2016, un apposito elenco degli avvocati libero-professionisti dal quale attingere i nominativi dei fiduciari da nominare in relazione alle peculiarità proprie della singola vertenza.

A seguito dell'emanazione delle linee guida ANAC relative all'affidamento di servizi legali, approvate dal Consiglio dell'Autorità con Delibera n. 907, del 24 ottobre 2018, la Fondazione



con provvedimento n. 198/2019, del 27/05/2019 ha approvato l'Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'elenco degli Avvocati cui conferire incarichi di rappresentanza in giudizio della Fondazione e dei suoi dipendenti", redatto in ottemperanza alle sopra citate linee guida ANAC, pubblicato nella home page del sito della Fondazione nell'Area "Ultime notizie", che consente ai professionisti di iscriversi senza limitazioni temporali. L'aggiornamento del citato Elenco avviene con cadenza periodica di norma semestrale.

Possono iscriversi tutti i professionisti in possesso di requisiti di esperienza e professionalità predeterminati. Inoltre i citati professionisti devono rendersi disponibili a praticare parcelle in ottemperanza a quanto previsto dal D.M. n. 55/2014 applicando le riduzioni massime previste dall'art. 4 del citato decreto, garantendo così adeguata economicità e contenimento dei costi complessivi.

L'Elenco degli Avvocati viene pubblicato sul sito istituzionale, sia nella sezione Amministrazione Trasparente – "Altri contenuti", sia nella pagina afferente alla UOC Affari Generali e Legali.

- In conformità agli artt. 2 e 4 della Legge 24/2017 (Legge Gelli) e alle Linee operative Risk Management in sanità - anno 2021, nella sezione "Altri contenuti" sono pubblicati entro il 31 marzo di ogni anno i dati relativi a:
 - ✓ importo risarcimento danni in ambito sanitario: è 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, predisposta a cura del Risk Manager.
- Elenco delle richieste di risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti a infezioni ospedaliere, errori nella somministrazione di farmaci, errori riconducibili all'utilizzo di dispositivi, materiali, device impiantabili, nell'impiego di sangue etc., con l'indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti, delle UU.OO.CC coinvolte.
- Elenco degli incarichi conferiti ai legali per la rappresentanza in giudizio della Fondazione, che sarà aggiornato con cadenza semestrale.
- Elenco delle convenzioni stipulate con le Università ed altri Enti di formazione per lo svolgimento di attività formativa specialistica e tirocini formativi presso le varie strutture della Fondazione. L'elenco è aggiornato con cadenza semestrale.
- Progetti di Ricerca: creazione nella sezione "Altri contenuti" del link alla pagina del sito istituzionale in cui verranno pubblicati i progetti di ricerca internazionali e nazionali in cui la Fondazione Besta è ente capofila o partner.
- Elenco dei beni acquisiti in comodato d'uso o in presa visione.

ALLEGATI AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2022-2024

ALL 1) Mappatura dei rischi

ALL 2) Elenco degli obblighi di pubblicazione