

**FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO
NEUROLOGICO CARLO BESTA**



**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E DELLA
TRASPARENZA
(2019 – 2021)
(L. 190/2012)**

INDICE

INDICE.....	2
LEGENDA	4
SEZIONE I.....	5
PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2019 - 2021	5
1. CENNI NORMATIVI.....	5
2. OBIETTIVI STRATEGICI DEL P.T.P.C.T.....	6
3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE.....	7
4. AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2019 – 2020I	11
4.1 ANALISI CONTESTO ESTERNO.....	12
4.2 ANALISI CONTESTO INTERNO	15
4.3 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT.....	19
4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO.	22
5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2019 – 2021	25
5.1 LE MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLA DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI.	25
5.2 CODICE DI COMPORTAMENTO	26
5.3 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE	28
5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	29
5.5 GESTIONE CONFLITTO D'INTERESSE.....	30
5.6 REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE GLI INCARICHI E LE ATTIVITÀ EX. ART. 53 D.LGS. 165/2001 – PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.	30
5.7 DIVIETO DI SVOLGERE ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO – PANTOUFLAGE.....	32
5.8 INCOMPATIBILITÀ' E INCONFERIBILITÀ'	32
5.9 CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI.....	33
5.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING).....	34
5.11 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO.	35
5.12 PREDISPOSIZIONE DI PATTI DI INTEGRITÀ E DEI PROTOCOLLI DI LEGALITÀ PER GLI AFFIDAMENTI. 35	
5.13 STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I CONTRAENTI.....	36
5.14 PROGRAMMA BIENNALE DI FORNITURE E SERVIZI E PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI.36	
5.15 FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	37
5.16 GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO.....	38
5.17 RAPPORTI TRA RPCT E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI – RPD/DPO	40
(REG. UE 2016/679).....	40
5.18 ATTIVITÀ DIREZIONE SANITARIA	41
5.19 CONDOTTE SCORRETTE NELLA RICERCA - RESEARCH MISCONDUCT	41
5.20 LINEE GUIDA DI CONDOTTA RESPONSABILE DELLA RICERCA.....	42
5.21 MONITORAGGIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT.....	43
5.22 SPONSORIZZAZIONI DI PROGETTI DI RICERCA E SPERIMENTAZIONI	44
5.23 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO	44
5.24 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL PTPCT 2019 – 2021	45
ACQUISTI AUTONOMI E PROROGHE CONTRATTUALI	45

BENI E SERVIZI INFUNGIBILI.....	46
DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO (DEC).....	47
ULTERIORI MISURE.....	47
6. INIZIATIVE FORMATIVE ADOTTATE NEL PIANO ANTICORRUZIONE.....	48
7. RESPONSABILITA' E SANZIONI.....	48
SEZIONE 2.....	50
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' PTT – 2019 – 2021.....	50
1. TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE.....	50
2. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA.....	50
3. DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO.....	53
4. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	54
5. TRATTAMENTO DEI DATI - PRIVACY.....	56
6. INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA' E DELLA TRASPARENZA.....	57
6.1 GIORNATA DELLA TRASPARENZA.....	57
6.2 ASCOLTO DEGLI STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSI).....	58
7. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA.....	58
7.1 GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO).....	58
7.2 ATTESTAZIONI OIV – NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (MONITORAGGIO ESTERNO).....	58
8. FASI E SOGGETTI RESPONSABILI.....	59
8.1 RESPONSABILITÀ DERIVANTE DALLA VIOLAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OBBLIGHI DI TRASPARENZA PER CASI SPECIFICI.....	60
9. RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONI APPALTANTI (RASA).....	60
10. “DATI ULTERIORI”.....	60
ALL 1) Mappatura dei processi.....	61
ALL 2) Elenco degli obblighi di pubblicazione.....	61

LEGENDA

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

Sezione I

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – P.T.P.C.- 2019 - 2021

I. CENNI NORMATIVI

Con la Legge 6 novembre 2012, n. 190 pubblicata in Gazzetta Ufficiale in data 13 novembre 2012, n. 263 ed entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”. Tale intervento normativo, volto a rafforzare l’efficacia e l’effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, tiene conto sia delle indicazioni fornite da taluni strumenti sovranazionali di contrasto alla corruzione già ratificati dal nostro Paese (Convenzione Onu di Merida e la Convenzione penale sulla corruzione di Strasburgo), sia degli *standard* internazionali di contrasto ai fenomeni corruttivi.

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

L’ANAC con proprie determinazioni ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione al fine di offrire un supporto operativo che consente alle Pubbliche amministrazioni e ai soggetti di *apportare eventuali correzioni volte a migliorare l’efficacia complessiva dell’impianto a livello sistemico*.

Il D. Lgs. n. 97 del 25 Maggio 2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*», ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa vigente in particolare sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni ed i rapporti con i cittadini.

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

Il PNA, previsto dalla L.190/2012, è stato successivamente aggiornato con i seguenti provvedimenti:

- Determinazione 2015 n. 12 del 28 Ottobre 2015 – aggiornamento 2015 al PNA;
- Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 – aggiornamento 2016 al PNA;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 Novembre 2017- aggiornamento 2017 al PNA;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 Novembre 2018 – aggiornamento 2018 al PNA a cui gli enti devono riferirsi per l’adozione dei PTPCT 2019 - 2021.

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

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

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

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

In questa logica, l'adozione del P.T.P.C. si configura come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o sostituiti, tenuto conto dell'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione.

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

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

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

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

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

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

Al fine di individuare le azioni finalizzate ad un'attività preventiva sono di seguito indicate le fattispecie di reati contemplati dal D.lgs. n. 231/2001, in parte modificate dalla Legge n. 190/2012:

a) Reato di concussione
art. 317 c.p. (concussione)

b) Reati di corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Traffico di influenze illecite

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

d) Corruzione tra privati

Art. 2635 c.c.

Sono altresì oggetto dell'attività preventiva i reati contemplati dal D. Lgs n. 121/2011 in tema di reati ambientali e dal D. Lgs. n. 109/2012 in tema di impiego dei cittadini di Paesi Terzi il cui soggiorno è irregolare.

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

A tal fine si richiama in particolare l'aggiornamento 2015 del PNA che al punto 2.1 "nozione di corruzione" *confirma 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.*

3. SOGGETTI E RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

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

Sono individuati i seguenti organismi di riferimento:

A livello nazionale:

- **A.N.A.C.**: Autorità Nazionale Anticorruzione, la quale esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni, nonché poteri sanzionatori nei casi di mancata adozione dei PTPC;

- **Corte dei Conti:** partecipa, attraverso le funzioni di controllo, all'attività di prevenzione di fenomeni corruttivi;
- **Comitato Interministeriale 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 prevenzione e come coordinatore della loro attuazione;
- **Scuola Nazionale di Amministrazione:** predispone corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni;
- **Singole Pubbliche Amministrazioni:** responsabili dell'introduzione ed implementazione delle misure previste dalla Legge e dal P.N.A.

A livello regionale:

REGIONE LOMBARDIA:

- **Organismo Regionale per l'Attività di Controllo (ORAC)** le cui principali competenze sono di seguito indicate:
 - definisce gli indirizzi e le linee guida dei sistemi di controllo interno e delle funzioni di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale;
 - valuta, sulla base dell'individuazione e valutazione dei rischi di corruzione effettuati nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e sulla base del monitoraggio degli ulteriori rischi effettuato con l'ausilio dei responsabili della funzione di audit, l'incidenza dei rischi sistemici per il corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale;
 - verifica, a campione secondo metodologie di revisione aziendale, che le procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza;
 - verifica i risultati dell'applicazione delle linee guida di Regione Lombardia per la Trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
 - supporta la Giunta regionale e gli organi di indirizzo politico-amministrativo degli enti del sistema regionale, nonché i rispettivi responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nell'attività di predisposizione e attuazione del PTPCT;
- **Sistema dei controlli, Prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy** le cui competenze sono di seguito indicate:
 1. Coordinamento del sistema dei controlli della Giunta Regionale e del Sistema regionale
 2. Coordinamento e gestione delle attività e degli adempimenti in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza ai sensi della l. 190/2012, in raccordo con le strutture deputate alla gestione e implementazione del sito web istituzionale, in qualità di Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza

3. Coordinamento del sistema dei controlli: supporto agli organi di controllo di cui alla normativa vigente e raccordo con Organismo Indipendente di Valutazione
4. Referente di Regione Lombardia nei confronti della Corte dei conti
5. Procedure di Controllo successivo di regolarità amministrativa sugli atti dirigenziali
6. Coordinamento e verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione da parte degli enti del Sistema regionale di cui alla l.r. 30/2006
7. Presidio Audit e Audit Fondi UE
8. Presidio delle procedure e attività in attuazione del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

All'interno della Fondazione:

- **Consiglio di Amministrazione**

- ✓ nomina il responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ;
- ✓ adotta il P.T.P.C.T. ed i suoi aggiornamenti ;
- ✓ fornisce indirizzi per la stesura del Piano;

- **Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):**

- ✓ predispone, entro i termini stabiliti dall'ANAC, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da presentare al Consiglio d'Amministrazione per l'adozione;
- ✓ verifica l'efficace attuazione delle misure previste dal Piano, propone la modifica e/o integrazione dello stesso qualora sia accertata l'inefficacia delle misure previste o quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- ✓ individua il personale afferente alle aree a maggiore rischio corruzione da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- ✓ elabora, nei tempi stabiliti dall'ANAC la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ svolge stabilmente 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 (NdV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

- **Direzione Strategica e Direzione Scientifica**

- ✓ Partecipano al processo di aggiornamento annuale del Piano formulando indicazioni e condividendo i contenuti da sottoporre al Cda.

- **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 RPCT;
- ✓ 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'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:**
 - ✓ svolgono attività informativa nei confronti del Direttore della UOC di appartenenza e del RPCT e di costante monitoraggio sull'attività prevista dal Piano, trasmettendo periodicamente al RPCT i report di monitoraggio sulle attività previste dal piano;
 - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- **Funzione di Internal Audit (I.A.)**
 - ✓ esamina e valuta i processi aziendali;
 - ✓ fornisce un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione.
- **il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NdV):**
 - ✓ partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza;
 - ✓ esprime parere sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione;
 - ✓ verifica la coerenza degli obiettivi di trasparenza del PTPCT con quelli indicati nel Piano delle Performance;
 - ✓ al NdV sono attribuiti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit, funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione che deve essere pubblicata sul sito istituzionale.
- **Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**
 - ✓ - svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza;
 - ✓ - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
 - ✓ - propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.
- **tutti i dipendenti della Fondazione:**
 - ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
 - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
 - ✓ segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.;
- **i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione:**
 - ✓ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
 - ✓ segnalano le situazioni di illecito.

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



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

La redazione del presente P.T.P.C.T., che si pone in continuità con il precedente piano, è stata curata dal R.P.C.T. 1, individuato nel rispetto dei criteri di scelta raccomandati dal PNA per consentire lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività, avuto particolare riguardo alle disposizioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA – Approfondimento II dal titolo “Sanità” – e da ultimo l'Aggiornamento 2018.

L'ANAC con l'aggiornamento 2018 al PNA ha:

- fornito indicazioni sulle modalità di adozione annuale del PTPC;
- presentato una ricognizione dei poteri e del ruolo del RPCT;
- chiarito alcuni profili sulla revoca del RPCT e sul riesame da parte dell'Autorità;

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

- affrontato il tema dei rapporti fra trasparenza, intesa come obblighi di pubblicazione, e nuova disciplina della tutela dei dati personali introdotta dal Regolamento UE 2016/679 e il rapporto tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati (RPD);
- dato indicazioni sull'applicazione dell'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (pantouflage) e sull'adozione dei codici di comportamento da parte delle amministrazioni;
- affrontato alcuni profili relativi all'attuazione della misura della rotazione del personale.

Il RPCT si è avvalso, per una fattiva partecipazione al processo di definizione del piano, del supporto della Direzione Strategica e Scientifica, dei Direttori/Dirigenti e dei referenti anticorruzione operanti nelle aree individuate "sensibili" dalla Legge n. 190/2012.

I contenuti del presente aggiornamento 2019 – 2021 sono stati valutati e condivisi dal NdV e dal CdA che ha formulato gli opportuni indirizzi strategici.

Le tematiche del Piano sono state oggetto di esame e/o riesame. Ogni attore coinvolto ha pertanto fornito supporto e indicazioni per l'aggiornamento delle misure da inserire nel presente piano. A tal fine sono stati effettuati degli incontri con i singoli soggetti interessati per la relativa stesura e condivisione.

Il P.T.P.C. della Fondazione rappresenta un programma di attività con l'indicazione:

- delle aree di rischio e dei rischi specifici,
- delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici,
- dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura
- dei tempi di attuazione.

Le misure indicate nel piano costituiscono possibili soluzioni organizzative per preservare la Fondazione dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività..

Il presente PTPC 2019 – 2021 è pubblicato sul sito istituzionale della Fondazione nell'area "Amministrazione Trasparente" sia nella sezione "disposizioni generali" che nella sezione "altri contenuti – prevenzione della corruzione".

4.1 ANALISI CONTESTO ESTERNO

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

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

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

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

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

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

Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo 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.



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, dalle "Relazioni al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" e dalla "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA)" 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.

Infine, è da rilevare che anche i settori della pubblica amministrazione e della sanità, sia pubblica che privata, sono stati interessati da inchieste e procedimenti di tipo penale.

4.2 ANALISI CONTESTO INTERNO

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

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

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

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

E' impegno primario degli organi dell'Istituto e di ogni sua componente organizzativa, secondo le rispettive attribuzioni, 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 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.

La struttura organizzativa della Fondazione e i correlati livelli di responsabilità sono definiti dalla L.R. n. 33/2009 “Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di sanità”, come modificata e integrata dalla L.R. n. 23 del 11 Agosto 2015, dal D. Lgs. 288 del 16 ottobre 2003, dallo Statuto della Fondazione e dal POAS approvato con Deliberazione di Regione Lombardia n. X/6250 del 20/02/2017.

Sono Organi della Fondazione:

Il **Consiglio d’Amministrazione** che 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;
- accettazione di eredità, legati, donazioni e altre liberalità;
- 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 CdA 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 consiglio di Amministrazione, 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 (PGRU). 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 CdA, sulla base anche 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.

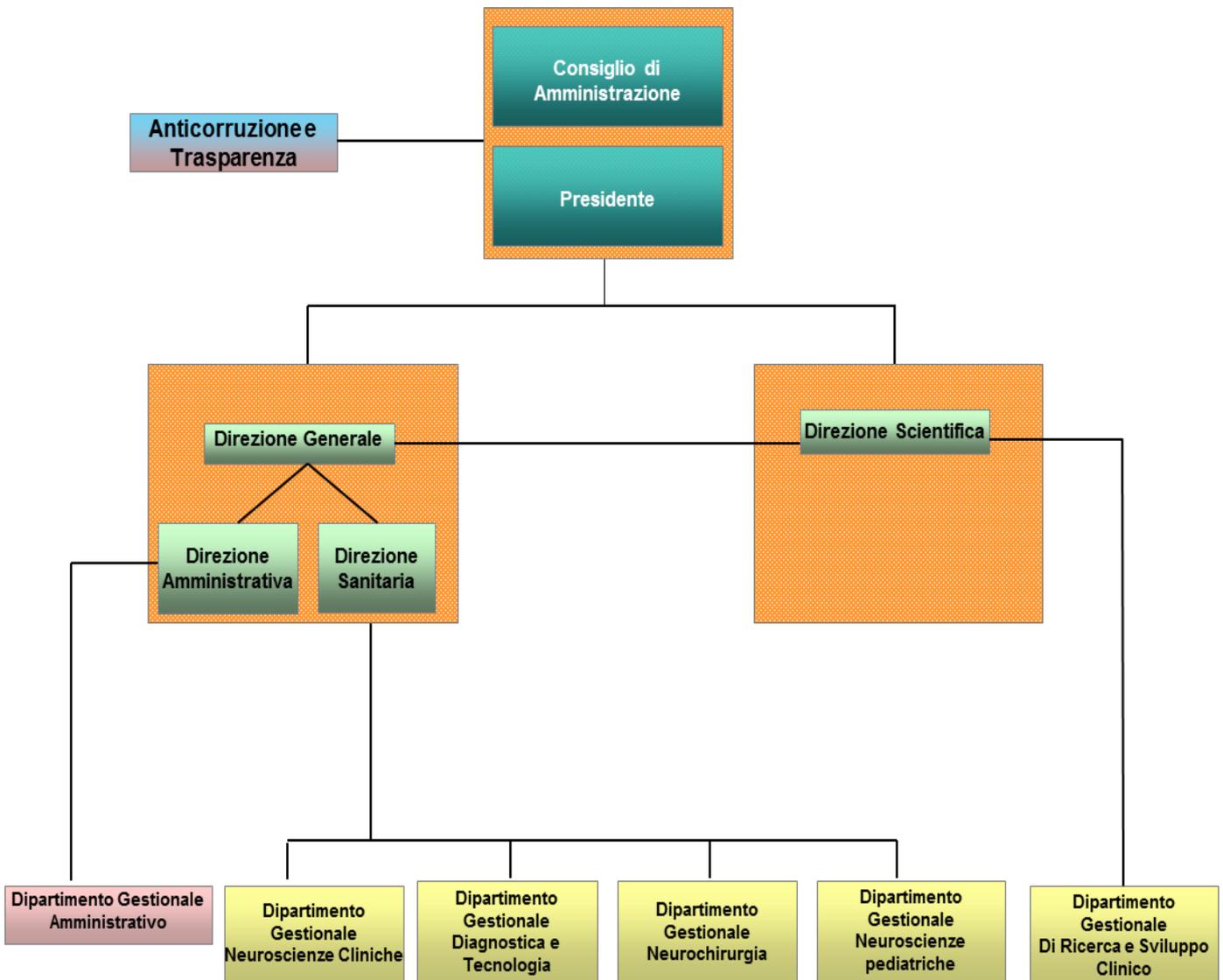
In particolare esso concorre alla formulazione dei programmi di formazione del personale, di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

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.

FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA



4.3 ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT

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

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

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

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

Nell’ambito dell’organizzazione sopra descritta e per la specificità dell’attività svolta dalla Fondazione, in conformità alle indicazioni della L. 190 del 2012, ed in particolare dell’aggiornamento 2015 al P. N. A. (Determinazione ANAC n.12 del 28 Ottobre 2015) e del PNA 2016 (Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016), la Fondazione provvede a monitorare i processi afferenti alle aree potenzialmente a rischio corruzione, descritte **nell’allegato I “Tabella mappatura ed analisi del rischio”** e di seguito indicate:

AREE GENERALI DI RISCHIO

- Incarichi e nomine: Acquisizione e progressione del personale
- Contratti Pubblici
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

- Attività libero professionale e liste d’attesa
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Per la mappatura del rischio dei singoli processi analizzati si è proceduto alla valutazione del rischio utilizzando la “tabella Valutazione del Rischio” di cui all’allegato n. 5 del P.N.A. (L. 190/2012) sotto riportata:

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'analisi effettuata ha portato ad una valutazione complessiva del rischio di "valore medio", non evidenziando all'interno della Fondazione aree ad alto rischio come meglio evidenziato nell'allegato I "**tabella mappatura ed analisi del rischio**".

4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO.

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

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

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

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

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

Al riguardo si evidenzia che sono stati individuati, per quanto concerne gli adempimenti connessi alla prevenzione della corruzione, i referenti che collaborano stabilmente con il RPCT come di seguito indicati:

- **Direzione Sanitaria**
 - ✓ Direttore Dipartimento Neuroscienze Pediatriche
 - ✓ Dirigente medico neurochirurgo . U.O.C. Neurochirurgia I
 - ✓ Dirigente medico UOC Neuroradiologia
 - ✓ Dirigente medico SOSD Genetica delle Malattie Neurodegenerative e Metaboliche
 - ✓ Dirigente Medico Direzione Sanitaria
 - ✓ Assistente Amministrativo Direzione Sanitaria

- **Direzione Scientifica**
 - ✓ Collaboratore Amministrativo

- **U.O.C. Risorse Umane**
 - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto

- **U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione**
 - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto

- **U.O.C. Provveditorato Economato**
 - ✓ Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto

- **U.O.C. Tecnico Patrimoniale**
 - ✓ Assistente Tecnico
 - ✓ Collaboratore Amministrativo

- **U.O.C. Affari Generali e Legali**
 - ✓ Assistente Amministrativo

- **SS Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica**
 - ✓ Assistente amministrativo

È stato inoltre individuato un “Gruppo di Lavoro per la Trasparenza”, al fine di un più completo monitoraggio della corretta pubblicazione dei flussi di dati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale, così composto:

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

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

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

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

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

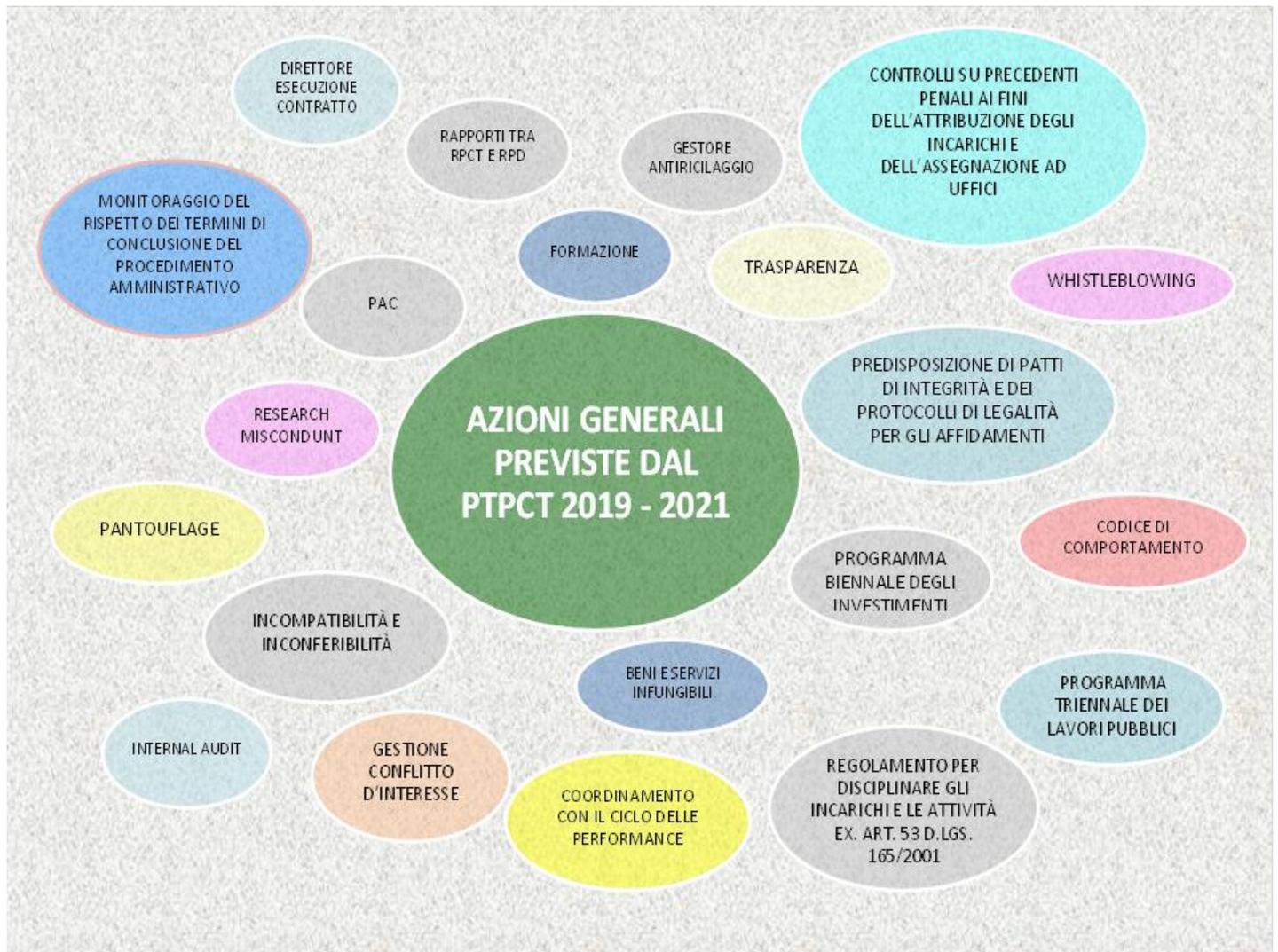
I Direttori, avvalendosi dei referenti, devono inviare al RPCT report sull'attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nel citato **allegato I**.

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

Qualora il R.P.C.T. riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti misure:

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

5. MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO 2019 – 2021



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.

Gli incarichi di Direzione di Struttura complessa del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo sono attribuiti con provvedimento scritto e motivato dal Direttore Generale, di

norma previa procedura selettiva interna, nel rispetto delle disposizioni contrattuali e normative in materia.

Il monitoraggio dovrà prevedere le seguenti verifiche:

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

L'attribuzione degli incarichi di responsabile di struttura semplice dipartimentale o di struttura semplice per la Dirigenza medica e veterinaria e per la Dirigenza sanitaria vengono conferiti dal Direttore Generale con provvedimento scritto e motivato, al termine di apposita procedura selettiva, rispettosa del disposto del D.Lgs 502/1992 e smi e delle vigenti disposizioni contrattuali in materia, di personale 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 CdA n. 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 semplici per le quali va conferito l'incarico;
- ✓ avvio di una procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- ✓ costituzione della commissione selezionatrice;
- ✓ predeterminazione dei criteri di selezione;
- ✓ misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza della rosa degli idonei;
- ✓ esplicitazione della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- ✓ pubblicazione degli atti del procedimento.

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

5.2 CODICE DI COMPORTAMENTO

Con la modifica dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, la legge n. 190/2012 ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti "al fine di

assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico". In attuazione di tale delega il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

La Fondazione, in conformità al citato D.P.R., ha adottato con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. III/117 del 28 Gennaio 2014 il Codice della Fondazione, successivamente sostituito dal Codice di comportamento approvato con deliberazione del CDA n. IVI/214 del 23 Luglio 2018 in ottemperanza alle indicazioni della delibera ANAC 358 del 29 Marzo 2107.

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 ARAC, 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 RPCT, ai fini della propria attività di monitoraggio sull'attuazione del presente Piano, nonché dei conseguenti adempimenti: la segnalazione della violazione sarà a tal fine comunicata dal dirigente interessato, se tale violazione riguarda un dipendente o, dal direttore apicale, nel caso riguardi un dirigente.

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.

L'aggiornamento al PNA 2018 prevede l'emanazione nei primi mesi del 2019, a cura di ANAC, di Linee guida generali che forniranno indicazioni in merito ad ulteriori contenuti del codice di comportamento (doveri e modi da seguire per un loro rispetto condiviso), al procedimento per la sua formazione, agli strumenti di controllo sul rispetto dei doveri di comportamento, in primo luogo in sede di responsabilità disciplinare.

Il Codice di comportamento della Fondazione verrà integrato sulla base delle citate Linee guida ANAC.

5.3 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE

La Fondazione, in occasione della definizione del ciclo della *performance*, individua obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione nonché i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del P.T.P.C., così come espressamente previsto dall'ANAC nell'aggiornamento del PNA 2015 che recita testualmente “*le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena attuazione tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa*”.

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

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

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

Nel piano delle performance 2019 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
Monitoraggio del PTPCT anno 2019	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate SI/NO
Attuazione del PTPCT anno 2019	<u>Anticorruzione:</u> adozione procedura per le modalità di segnalazione alla UIF delle operazioni sospette di riciclaggio.	SI/NO
	<u>Trasparenza:</u> 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

Tali specifici obiettivi verranno verificati dal NdV.

5.4 ROTAZIONE DEL PERSONALE

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

In particolare secondo quanto disposto dall'art. 1 co. 20 lett. B) della L. 190/2012 s.m.i. il RPTC 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'aggiornamento al PNA 2018, rimette l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni, suggerendo ove ciò non sia possibile per carenza di personale o per professionalità, di adottare quale misura alternativa l'articolazione delle competenze (c.d. segregazione delle funzioni).

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 considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Conseguentemente la realizzazione di tale misura risulta di difficile attuazione in un Ente di piccole dimensioni quale la Fondazione.

Si dà atto che negli uffici della Fondazione è attuata la c.d. segregazione delle funzioni mediante l'attribuzione a ciascun soggetto di competenze specifiche stabilite secondo le singole professionalità.

Si da inoltre atto che non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in alcuna area della Fondazione, all'accadere dei quali è prevista la **rotazione "straordinaria"** obbligatoria ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. 1 quater del D. Lgs. 165/2001 secondo cui *"i dirigenti di uffici dirigenziali generali ...dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*.

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 la sussistenza; 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. 1, lett. 1-quater del d.lgs. 165/2001.

La Fondazione introdurrà nel Codice di Comportamento, che sarà adottato nel corso del 2019 (vedi par. 5.2), quale misura preventiva, l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali.

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. L.vo 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 e s.m.i. si rimanda al successivo paragrafo 5.6 "Regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività ex. art. 53 D.lgs. 165/2001 – provvedimenti conseguenti"

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

L'articolo 53, comma 3 bis, del Decreto Legislativo n. 165/2001 prevede che *"con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di*

concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2".

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

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

Tale modulistica, mod. 226 "Autorizzazione attività esterna", 227 e 228 "incarichi extraistituzionali soggetti a preventiva comunicazione", è disponibile sulla rete intranet aziendale 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. 165/01 rientranti nella fattispecie sopra citata, nel corso del 2018 è stato creato un database che dovrà essere alimentato dalla U.O.C. Provveditorato Economato e 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 d'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 di 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.

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

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

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

A tal fine la Fondazione provvede ad acquisire dal dipendente dimissionario il relativo modulo di rassegnazione delle dimissioni integrato con apposita informativa circa il divieto sopra citato, debitamente sottoscritto. Analoga procedura viene applicata ai dipendi collocati a riposo per i limiti d'età.

L'aggiornamento al PNA 2018 suggerisce quale misura volta a implementare l'attuazione dell'istituto del pantouflage, l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

L'UOC Risorse Umane provvederà alla predisposizione e all'acquisizione di tale dichiarazione da parte dei dipendenti cessati dal servizio.

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

Il RPCT a partire dall'anno 2019, non appena venga 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.

L'aggiornamento al PNA 2018 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.

5.8 INCOMPATIBILITÀ' E INCONFERIBILITÀ'

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

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

La Fondazione prima del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal capo III *"Inconfiribilità di incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni"* e dal capo IV *"Inconfiribilità 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 Fondazione 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 inconfiribilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali conferiti dalla Pubblica Amministrazione"*;
- *"Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina a componente/segretario di commissione esaminatrice"*.

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

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

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, 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, per il tramite dell'U.O.C. Risorse Umane, provvede ad acquisire la dichiarazioni sostitutive di inconfiribilità e dichiarazione annuale di incompatibilità del Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario Direttore Scientifico, e per la specificità della Fondazione, del Presidente e dei membri del Consiglio di Amministrazione.

L'U.O.C. Risorse Umane provvederà ad inviare al RPCT report annuale con evidenza dei risultati dei controlli effettuati nel 2019.

5.9 CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI

Ai fini dell'applicazione dell'articolo 35 bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e dell'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 39 del 2013, la Fondazione, per il tramite della U.O.C. Risorse Umane di concerto con il RPCT, 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 (da rivedere alla luce delle disposizioni che verranno emesse dall'ANAC) l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali.

Per l'anno 2019 verrà predisposto, a cura della U.O.C. Risorse Umane, un documento di sintesi che dia evidenza dei risultati dei controlli effettuati.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2019 il RPCT provvederà a dare comunicazione a tutto il personale della Fondazione del comunicato del Presidente ANAC del 5 Settembre 2018 relativamente alle indicazioni operative per l'utilizzo della piattaforma informatica istituita da ANAC, per l'invio direttamente alla medesima autorità delle segnalazioni di illeciti o irregolarità e delle comunicazioni di eventuali misure ritorsive lamentate dal dipendente pubblico.

Sarà cura del RPCT provvedere, nel corso del 2019, all'aggiornamento della procedura "PR 95 - WHISTLEBLOWING Policy" introducendo la nuova modalità di segnalazione di condotte illecite.

Il RPCT provvede ad inviare annualmente a Regione Lombardia una relazione in merito alle segnalazioni pervenute nell'anno di riferimento.

Si dà atto che in data 3 Gennaio 2019 è stata inviata a Regione Lombardia la "Relazione sull'applicazione del whistleblowing" dalla quale si evince che nel corso del 2018 non è pervenuta alcuna segnalazione nè alla casella mail dedicata nè nelle altre forme previste.

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

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

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 PREDISPOSIZIONE DI PATTI DI INTEGRITÀ E DEI PROTOCOLLI DI LEGALITÀ PER GLI AFFIDAMENTI

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

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

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

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

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

Le U.O.C. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale trasmettono al RPCT il report annuale di verifica, indicando se nel corso del 2019 ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:

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

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

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

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

Ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 50 del 18 Aprile 2016 "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 RPCT in merito all'adozione e pubblicazione annuale dei *programmi* in oggetto per quanto di rispettiva competenza.

5.15 FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

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

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

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

In ottemperanza alla DGR n. XI/1046 del 17 Dicembre 2018, con la quale Regione Lombardia ha disposto che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla pianificazione annuale dell'attività di Internal auditing entro il 28 Febbraio 2018, la Fondazione ha predisposto il piano di audit 2019 relativo ai seguenti processi:

1. verifica dell'alimentazione del software project dedicato alle sperimentazioni cliniche;
2. verifica della dotazione ordinaria dei dispositivi medici.

Relativamente all'audit di cui al punto 1, poiché sulla scorta delle risultanze dell'audit effettuato nel corso dell'anno 2018 è emersa la necessità di implementare l'applicativo di gestione clinica ed economica delle sperimentazioni al fine di agevolare la gestione degli studi e la corretta attuazione di quanto previsto della procedura PRTRIALCOST_01, si è ritenuto opportuno proseguire tale attività mediante una verifica volta ad accertare l'effettiva alimentazione del software project da parte dei vari attori coinvolti nel processo (Direzione Scientifica, il Dipartimento di Ricerca e Sviluppo Clinico, la SSD Gestione Amministrativa della Ricerca e Sperimentazioni Cliniche e l'UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione).

Relativamente all'audit di cui al punto 2, al fine di garantire che l'entità della dotazione ordinaria dei presidi medici della Fondazione sia correlata alle esigenze ed agli effettivi consumi dei singoli reparti, si è ritenuto opportuno effettuare nel corso dell'anno 2019 l'audit in oggetto (punto 2) volto a verificare la procedura completa di acquisizione dei dispositivi medici/fabbisogno compresa la verifica della gestione della distribuzione ai reparti al fine di assicurare il mantenimento della dotazione ordinaria dei presidi sanitari. E' quindi opportuno effettuare le opportune verifiche interne volte ad accertare le regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza tra le giacenze fisiche e quelle contabili.

Al fine di rendere effettive le indicazioni degli Audit svolti nel 2018 (*"Attività di gestione e recupero crediti"*, *"Rispetto delle indicazioni previste della procedura amministrativo contabile delle sperimentazioni cliniche"*), nel corso del 2019 sarà cura del team IA verificare l'attuazione delle misure correttive evidenziate nei relativi verbali di audit.

I verbali dell'attività dell'Internal Audit, nonché i verbali relativi al follow up in cui è documentata l'avvenuta implementazione delle prescrizioni sinteticamente sopra indicate sono trasmessi al RPCT.

5.16 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 criminose 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 effettuarne l'analisi finanziaria;

- acquisire ulteriori dati e informazioni, finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali presso i soggetti tenuti alle segnalazioni di operazioni sospette;
- riceve 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 25/09/2015 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 RPCT.

La Fondazione Besta, ai sensi del citato Decreto e del PNA 2016, provvederà alla nomina del Gestore antiriciclaggio che dovrà essere in possesso delle idonee competenze, in quanto deve gestire nel complesso le attività relative ai flussi economico finanziari connessi con la movimentazione dei mezzi di pagamento e riscossione.

Il Gestore dovrà rapportarsi con il RPCT sia in relazione alle segnalazioni di propria competenza, sia svolgendo 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 RPCT.

Sarà inoltre costituito un gruppo di lavoro che affiancherà il Gestore in tali attività.

Nel corso del 2019 il “gestore” provvederà a predisporre una procedura interna al fine di garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla

U.I.F., la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione delle segnalazioni e l'omogeneità dei comportamenti.

5.17 RAPPORTI TRA RPCT 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. 214 del 21 Maggio 2018 ha nominato quale Responsabile della Protezione dei dati della Fondazione la società LTA S.r.l. di Roma, 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 RGPD (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 RPCT 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 RPCT.

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 RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.

Nel corso dell'anno 2019 il RPD provvederà alla valutazione di impatto del trattamento (D.P.I.A. - *Data Protection Impact Assessment*) effettuando un'analisi dei rischi derivanti dai trattamenti posti in essere. Il RPD, con il supporto delle professionalità interne alla Fondazione procederà ad una valutazione preventiva delle conseguenze del trattamento dei dati sulle libertà e i diritti degli interessati.

La valutazione del rischio, consentirà conseguentemente di individuare le misure specifiche da porre in essere per attenuare o eliminare tali rischi.

5.18 ATTIVITÀ DIREZIONE SANITARIA

Nel corso del 2019 la Direzione Sanitaria in collaborazione con il gruppo di lavoro appositamente costituito, proseguirà nel monitoraggio dei processi relativi alla gestione delle liste d'attesa, sia in regime di ricovero che ambulatoriali, alla libera professione ed alla gestione del paziente deceduto. In particolare:

- Liste d'attesa ambulatoriali: controlli mirati alla tracciabilità delle prestazioni nei sistemi istituzionali di refertazione e controllo della corretta gestione delle agende sia di libera professione che SSN;
- Liste d'attesa di ricovero: verrà posta attenzione all'inserimento in lista di attesa di tutti i pazienti per qualsiasi classe di priorità;
- Monitoraggio del numero di visite in regime libero professionale rispetto al numero di visite in regime SSN e del tempo di attesa nei due regimi;
- Prevenzione della compilazione delle codifiche SDO finalizzata a maggior remunerazione attraverso controlli a campione delle cartelle: controllo mensile di tutti i DRG complicati brevi e controllo mensile del 5 % DRG complicati;
- Predisposizione cartellonistica e opuscolo informativo sulle modalità di accesso ai servizi sanitari in LP e SSN;
- Distribuzione informativa ai parenti dei pazienti deceduti in merito all'inesistenza presso la Fondazione di convenzioni con agenzie funebri.

5.19 CONDOTTE SCORRETTE NELLA RICERCA - RESEARCH MISCONDUCT

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

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

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

Nel corso dell'anno 2018 è stata predisposta la procedura volta a recepire e regolamentare gli aspetti sopra richiamati, che deve essere trasmessa all'Ufficio Qualità per la validazione e la successiva pubblicazione nella sezione dedicata della rete intranet aziendale al fine di renderla nota e fruibile a tutti i soggetti interessati della Fondazione.

5.20 LINEE GUIDA DI CONDOTTA RESPONSABILE DELLA RICERCA

La comunità scientifica ha sempre goduto del privilegio dell'autoregolamentazione e dell'autodisciplina per garantire la legittimità delle attività di ricerca. Nondimeno essa deve anche soddisfare le aspettative delle parti interessate al di fuori della sua comunità (ad esempio, le agenzie di finanziamento, le agenzie di regolamentazione, la società).

La Direzione Scientifica valorizza l'onestà e l'integrità della propria comunità di ricerca, in linea con la sua missione di condurre ricerche fondamentali e cliniche innovative, impegnandosi altresì a garantire la qualità, l'affidabilità e la riproducibilità delle ricerche condotte dai suoi ricercatori mantenendo elevati standard di integrità. A tal fine intende promuovere un ambiente in cui lo svolgimento responsabile della ricerca sia esplicitamente discusso e incoraggiato.

La conduzione responsabile della ricerca presso la Fondazione è definita dai principi fondamentali dell'integrità della ricerca, indicati nel Codice europeo di condotta per l'integrità della ricerca. In particolare:

- Affidabilità nel garantire la qualità della ricerca, che si riflette nella progettazione, nella metodologia, nell'analisi e nell'uso delle risorse.
- Onestà nello sviluppare, intraprendere, riesaminare, riferire e comunicare la ricerca in modo trasparente, equo, completo e imparziale.
- Rispetto per i colleghi, i partecipanti alla ricerca, la società, gli ecosistemi, il patrimonio culturale e l'ambiente.
- Responsabilità per la ricerca dall'idea alla pubblicazione, per la sua gestione e organizzazione, per la formazione, la supervisione e il tutoraggio, e per il suo impatto più ampio.

Tutto ciò premesso la Direzione Scientifica ritiene opportuno ed utile predisporre, entro l'anno corrente, le linee guida per la condotta responsabile nell'ambito della ricerca della Fondazione Besta, partendo dal presupposto fondamentale che la scienza si basa sulla fiducia.

5.21 MONITORAGGIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT

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 studi, con conseguente gestione degli aspetti amministrativo-contabili. Detta attività deve essere costantemente monitorata e controllata.

Il Dipartimento Gestionale Ricerca e Sviluppo clinico e la SSD Gestione Amministrativa della Ricerca e Sperimentazione Clinica rappresentano l'articolazione organizzativa finalizzata a garantire, congiuntamente all'UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, l'attuazione e 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.

Nel corso del 2017 si è provveduto a rivedere le procedure alla luce della normativa vigente in materia, al fine di favorire la ricerca in campo clinico e organizzativo e per meglio definire l'attribuzione degli oneri diretti e indiretti, per la puntuale previsione degli aspetti economici riguardanti l'attività sperimentale da svolgersi presso la Fondazione.

La Fondazione, con adozione del nuovo "Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche" (deliberazione del CdA n. IV/29 del 30/06/2017) ha superato le criticità relative alla ripartizione dei proventi derivanti dalle Sperimentazioni Cliniche stabilendo che tutte le sperimentazioni cliniche devono essere condotte 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.

A seguito dell'adozione della procedura amministrativo-contabile per l'effettuazione delle sperimentazioni (approvata con Deliberazione n. 441 del 21 settembre 2017) sono sottoposti a monitoraggio e verifica le seguenti fasi:

- Fase 1: Proposta (Mod. 239 – Richiesta preventiva autorizzazione sperimentazione clinica) e approvazione della sperimentazione;
- Fase 2: Esecuzione/svolgimento della sperimentazione;
- Fase 3: Rendicontazione e chiusura della sperimentazione.

Con riferimento alla fase 1 saranno apportati i seguenti correttivi:

I. inserimento nel campo oggetto della delibera di approvazione dei seguenti elementi:

- ✓ ° codice progetto assegnato allo studio;
- ✓ ° centro di costo;
- ✓ ° nome farmaco.

Con riferimento alla fase 2 saranno apportati i seguenti correttivi:

I. inserimento in tutti gli applicativi gestionali del codice identificativo assegnato al trial e reperibile nella delibera di autorizzazione dello studio al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate dalla Fondazione nell'ambito degli studi clinici;

2. implementazione del software di gestione project “PraticheWeb” garantendo trasparenza del processo sia dal punto di vista scientifico che amministrativo contabile di ciascun studio clinico;

Con riferimento alla fase 3 saranno apportati i seguenti correttivi:

1. compilazione, al ricevimento di ogni fattura, dell'allegato n. 6 della procedura amministrativo contabile contenente l'evidenza di tutti i costi sostenuti;
2. in caso di ricovero, unitamente alla SDO, comunicazione all'UOC Economico Finanziaria dell'importo per la fatturazione;
3. predisposizione della deliberazione di chiusura per tutti gli studi clinici con particolare riferimento alla rendicontazione economica.

5.22 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 CdA n. IV/244 del 12.11.2018 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.

5.23 PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO

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

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

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

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

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

Con deliberazione n. 468/2017 la Fondazione ha preso atto della citata DGR 7009/2017 che prevede le seguenti aree di attività:

SEZIONE	Area
REQUISITI GENERALI	A) AZIENDE
	B) GSA
	C) CONSOLIDATO REGIONALE
CICLO ATTIVO	D) AREA IMMOBILIZZAZIONI
	E) AREA RIMANENZE
	F) AREA CREDITI E RICAVI
	G) AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE
CICLO PASSIVO E NETTO	H) PATRIMONIO NETTO
	I) AREA DEBITI E COSTI

A tal fine nel corso dell'anno 2019, nel rispetto delle scadenze indicate dalla Regione, la U.O.C. Economico Finanziaria e C.d.G., avvalendosi dei gruppi di lavoro individuati provvederà:

- ✓ ad implementare le procedure amministrativo – contabili relative al Ciclo Passivo e Netto – Area H) Patrimonio Netto predisposte nel corso del 2018;
- ✓ a predisporre e implementare le procedure relative al Ciclo Attivo – Area F) Crediti e Ricavi;
- ✓ a predisporre e implementare le procedure relative al Ciclo Attivo – Area E) Rimanenze a seguito delle linee guida pervenute da Regione Lombardia in data 9 Novembre 2018;
- ✓ a predisporre le procedure relative al Ciclo Attivo – Area G) Disponibilità Liquide.

5.24 ALTRE MISURE DI ATTUAZIONE DEL PTPCT 2019 – 2021

Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

Il DPCM 24 Dicembre 2015 *individua le categorie di beni e di servizi, nonché le soglie al superamento delle quali ...gli enti del Servizio sanitario nazionale, ricorrono a Consip S.p.A. o ad altro soggetto aggregatore per lo svolgimento delle relative procedure.*

Alla luce di quanto disposto dal citato Dpcm e come espressamente previsto dall'aggiornamento 2016 del PNA nella sezione "Acquisti in ambito sanitario", anche nel corso dell'anno 2019, in caso di proroghe contrattuali per l'acquisto di beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del D.p.c.m., nel provvedimento autorizzativo sarà inserita l'espressa indicazione che il bene o servizio acquistato "non rientra tra le categorie merceologiche del

settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e i relativi indirizzi applicativi”.

Resta inteso che le proroghe possono essere attivate esclusivamente per un periodo limitato e funzionale al perfezionamento dello svolgimento di nuove gare e quando le cause dei ritardi dovute all'impossibilità di contrattualizzare alla scadenza dei contratti non possono essere imputate alla Fondazione.

Inoltre come previsto dal citato DPCM e dalla normativa nazionale e regionale vigente le U.O.C. 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 (ARCA, Consip).

Le U.O.C. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale, per quanto di rispettiva competenza, invieranno al RPCT un report annuale contenente indicazione dell'effettiva attuazione delle misure sopra descritte.

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 stazione 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 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 RPCT.

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 effettuate 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 a comunicare alla UOC Provveditorato Economato che le prestazioni oggetto delle fatture sono conformi in termini di quantità e qualità rispetto a quanto previsto dal relativo contratto.

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.

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 RGPD 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

- ✓ Scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di struttura complessa, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa.

6. INIZIATIVE FORMATIVE ADOTTATE NEL PIANO ANTICORRUZIONE

Il presente Piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, in conformità con le indicazioni del PNA individua vari stadi di attuazione della formazione, nella consapevolezza dell'importanza cruciale da essa rivestita ai fini preventivi.

Alla luce dell'attività formativa già svolta in adempimento ai precedenti piani congiuntamente alle altre Fondazioni IRCCS Lombarde, rivolta in particolare al personale operante nelle aree a rischio "incarichi e personale" e "contratti pubblici", e del buon esito della stessa, si ritiene di proseguire l'attività formativa anche per il 2019 proponendo i seguenti corsi:

- formazione FAD: Corso base in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Corso "Research Integrity (misconduct, research data management, plagio, authorship, conflitto d'interessi)" in collaborazione con le Direzioni Scientifiche delle 4 Fondazioni IRCCS pubblici lombarde;
- Corso di formazione dal titolo: "Training Formativo sulla gestione e rendicontazione di un Progetto europeo". (Direzione Scientifica)

7. RESPONSABILITA' E SANZIONI

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

La violazione delle misure di prevenzione previste dal P.T.P.C. costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte altre figure professionali operanti in Fondazione può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).

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

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

• **Responsabile della Prevenzione della Corruzione:**

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

- ✓ responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del PTPC e mancata adozione delle misure per la selezione e per la formazione dei dipendenti;

- ✓ responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa nel caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertata con sentenza passata in giudicato, fatto salvo che il Responsabile provi determinate circostanze;
 - ✓ responsabilità dirigenziale e disciplinare per omesso controllo in caso di ripetute violazioni del PTPC;
 - ✓ responsabilità dirigenziale, responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato nei casi di inadempimento degli obblighi di pubblicazione e mancata predisposizione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- **Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione**
In caso di inosservanza delle misure di prevenzione è prevista, fatte salve diverse e ulteriori forme di responsabilità, una responsabilità disciplinare sia del comparto che della dirigenza per la quale si rinvia al Codice di Comportamento.
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 valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. lgs n. 165/2001
 - ✓ eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.
 - ✓

Sezione 2

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' PTT – 2019 – 2021

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.

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 Fondazione Besta si pone quale obiettivo e valore da perseguire anche 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, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità. 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.

In tale direzione, il presente documento 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. La Fondazione "Carlo Besta", attraverso la stesura del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, redatto secondo le indicazioni fornite dal D.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i., rende note le iniziative intraprese in una sorta di dichiarazione programmatica di intenti.

2. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA

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

✓ **Sito Internet Istituzionale**

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

raggruppa documenti ed informazioni relativi ai dati per i quali la legge richiede l'obbligo di pubblicazione.

✓ **Posta Certificata**

Tra gli adempimenti richiamati nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità rientra 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 le Direzioni, i Dipartimenti, le UOC amministrative 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 degli atti e 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 si traduce nella fattispecie del cosiddetto **Accesso civico** compiutamente descritto al successivo punto 3.

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

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

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

L’URP svolge, 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.), un’attività fondamentale per la Fondazione.

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

A tale scopo:

- facilita l’accesso attraverso informazioni sulle attività ed i servizi erogati;
- raccoglie e gestisce reclami e segnalazioni;
- effettua relazioni periodiche alla Direzione Generale su reclami e segnalazioni;
- collabora con le associazioni di volontariato operanti presso la Fondazione;
- 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

3. DISCIPLINA DEL DIRITTO DI ACCESSO

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/143 del 29/09/2017 è stato approvato il “Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso agli atti, dati e documenti della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”, pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Regolamento recepisce le disposizioni del D.lgs. 33/2013 e s.m.i., le “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 c. 2 del D.lgs. 33/2013” adottate dall’ANAC con Determinazione n. 1309 del 28/12/2016 e la Circolare del n. 2/2017 del 30/05/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, contenente ulteriori raccomandazioni circa l’attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato.

Il Regolamento disciplina le seguenti forme di accesso:

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

Restano fermi i limiti alla diffusione e all’accesso delle informazioni di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241, articolo 24 “Esclusione del diritto di accesso.

- **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 a:

- 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 stata affidata all'UOC Affari Generali e Legali che provvede al relativo aggiornamento e ne cura la pubblicazione trimestrale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

4. COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Come già illustrato al punto 5.3 della Sezione I del presente Piano, il Piano della Performance è un Documento di Programmazione previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 "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 finalità è quella 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.

Il Piano della Performance:

- è orientato ad assicurare un forte legame tra la missione dell'Istituto, i programmi, gli obiettivi e le azioni intraprese, nonché tra risultati, processi e risorse,
- viene aggiornato con cadenza annuale in relazione a:
 - obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
 - modifiche del contesto (interno – esterno) di riferimento;
 - modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento della Fondazione.

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

- Piano della Performance;
- Relazione sulla Performance.

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

Come già specificato al punto 5.3 della Sezione I del presente Piano, nel piano delle performance 2019 sono previsti in capo alle varie U.O.O. 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
Monitoraggio del PTPCT anno 2019	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate SI/NO
Attuazione del PTPCT anno 2019	<u>Anticorruzione:</u> procedura per le modalità di segnalazione alla UIF delle operazioni sospette di riciclaggio.	SI/NO
	<u>Trasparenza:</u> 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. TRATTAMENTO DEI DATI - PRIVACY

Il PNA 2018 prevede uno specifico articolo sulla “Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679)”.

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679, «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (di seguito RGPD) e 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, l'Autorità (ANAC) si è espressa sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i.

In particolare, ANAC ha evidenziato che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003 (Codice Privacy), introdotto dal d.lgs. 101/2018, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «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, 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 alla 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 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 sui siti istituzionali documenti contenenti dati personali, dovrà 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 in materia di protezione dei dati personali, è stato predisposto 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. 212 del 23/07/2018.

A seguito dell'emanazione del D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, è stata predisposta l'integrazione del citato Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione del C.d.A. n. 240 del 12/11/2018.

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

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

6.1 GIORNATA DELLA TRASPARENZA

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

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

La giornata della trasparenza rappresenta un momento di confronto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

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

La Giornata della trasparenza, rappresenta un'occasione per presentare e condividere con tutti gli stakeholder (istituzioni, associazioni e cittadini) i documenti ed i contenuti della sezione

"Amministrazione Trasparente" dalla Fondazione, attraverso la pubblicazione sul sito di una locandina dell'evento unitamente ad una nota informativa.

6.2 ASCOLTO DEGLI STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSI)

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

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

7. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA

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

7.1 GRUPPO DI LAVORO PER LA TRASPARENZA (MONITORAGGIO INTERNO)

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

Il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, costituito da n. 5 componenti, si riunisce di norma una volta al mese ed effettua le verifiche circa le effettive pubblicazioni dei dati nelle singole voci che compongono la sezione Amministrazione Trasparente, evidenziando durante gli incontri le eventuali criticità emerse ed attestando l'avvenuta pubblicazione dei dati secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente. In tale ottica, il Gruppo Trasparenza, richiede ai singoli responsabili della pubblicazione dei dati, l'invio di un monitoraggio trimestrale.

I verbali degli incontri del Gruppo Trasparenza vengono trasmessi a cura del R.P.C.T. ai Direttori delle strutture/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, attraverso la normativa, 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 al 31 marzo di ogni anno.

Il NVP annualmente, attraverso il documento "Griglia di rilevazione" fornita da ANAC, composta da un foglio excel che permette di documentare la verifica effettuata nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito web della Fondazione, 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 dei 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 RPCT 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 RPCT 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 6.1) 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 di 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 (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 intende pubblicare 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 della l. n. 190/2012);
- Progetti di Ricerca: creazione nella sezione "Altri contenuti" del link alla pagina del nuovo sito istituzionale in cui verranno pubblicati i progetti di ricerca internazionali e nazionali in cui la Fondazione Besta è ente capofila o partner.
- Albo 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 albo degli avvocati libero-professionisti dal quale attingere i nominativi dei fiduciari da nominare in relazione alle peculiarità proprie della singola vertenza. In ossequio ai principi dell'imparzialità e della parità di trattamento a tale albo, il cui aggiornamento avviene con cadenza annuale previa pubblicazione di apposito avviso sul sito dell'Istituto, 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'Albo Avvocati viene pubblicato sia sul sito istituzionale sia nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti".

Inoltre, in conformità agli artt. 2 e 4 della Legge 24/2017 (Legge Gelli) e alle Linee Guida Regionali Attività di Risk Management - anno 2019, 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.

**** **** **** **** **** **** ****

ALLEGATI AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2019-2021

[ALL 1 \) Mappatura dei processi](#)

[ALL 2 \) Elenco degli obblighi di pubblicazione](#)