

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 1 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

Allegato "A" alla Deliberazione n. del

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017

(art. 1, comma 5, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190)

Gruppo di redazione: Cristina Gheri, Barbara Mengoni

	NOME E COGNOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Cristina Gheri	Referente per la trasparenza e la prevenzione della corruzione		
	Barbara Mengoni	Responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione		
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente Qualità e Accreditamento		
APPROVAZIONE	Gianni Amunni	Direttore Generale		

INDICE

Prevenzione della Corruzione	3
1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.)	3
2. Responsabile della prevenzione della corruzione	4
3. Risorse a disposizione del Responsabile: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti e Dipendenti.....	4
4. Altri soggetti	5
5. Iniziative a livello di Area Vasta per la prevenzione della corruzione e la trasparenza	5
6. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione	5
8. Controllo sui procedimenti amministrativi	12
9. Codice di Comportamento dei dipendenti.....	12
10. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	12
11. Attività di formazione	12
12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione	13
13. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower).....	14
14. Patti di integrità.....	15
15. Rapporto con il ciclo della performance.....	15
16. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	15
17. Relazione dell'attività svolta	15
18. Obblighi di informazione	15
19. Controllo e prevenzione del rischio.....	15
20. Pianificazione triennale	16
21. Obblighi di trasparenza	16
22. Disposizioni finali	16
Allegato 1: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.P.C.).....	17

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 3 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.)

1.1 Inquadramento del fenomeno della corruzione

La sempre maggiore attenzione alla prevenzione dei fenomeni corruttivi nell'amministrazione della *res publica* ha portato all'approvazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", che ha disciplinato in modo organico un piano di azione, coordinata su tutto il territorio nazionale, volto al controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

La corruzione, e più generale il malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ha un costo per la collettività, non solo diretto (come, ad esempio, nel caso di pagamenti illeciti), ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare i valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) di ISPO (di seguito denominato Piano), viene adottato tenuto conto della normativa e delle indicazioni della Funzione Pubblica e dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC, ex CIVIT) disponibili alla data di approvazione, in particolare:

Legge n. 190 del 06.11.2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";

Circolare n. 1 del 25.01.2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Oggetto: Legge 190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*")

D.Lgs. n. 33 del 14.03.2013 recante "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*"

D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013 "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190*";

D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*";

Delibera CIVIT n. 72 dell'11.09. 2013 "*Piano Nazionale Anticorruzione*";

Delibera ANAC n. 149 del 22.12.2014 "*Interpretazione ed applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario*."

1.2 Oggetto e finalità

Il concetto di "corruzione" preso in considerazione dal presente documento deve essere inteso in una accezione ampia, ossia come comprensivo di tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si possa riscontrare l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, configurando situazioni rilevanti più ampie della fattispecie penalistica di cui agli artt. 318, 319 e 319 ter c.p. e che arrivano ad includere i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche i malfunzionamenti dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Finalità del Piano è l'individuazione, tra le attività di competenza dell'Istituto, di quelle più esposte al medio ed alto rischio di corruzione, e la previsione di varie misure di prevenzione idonee a prevenirne gli effetti.

Destinatario del presente Piano è tutto il personale di ISPO.

La violazione, da parte dei dipendenti di ISPO, delle disposizioni contenute nel presente Piano costituisce illecito disciplinare, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012.

Ai sensi della Legge n. 190/2012 ISPO ogni anno aggiorna il Piano fornendo una valutazione del diverso livello di esposizione delle strutture al rischio di corruzione e stabilendo gli interventi volti a prevenire il medesimo rischio.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 4 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

2. Responsabile della prevenzione della corruzione

ISPO ha nominato con Delibera del Direttore Generale n. 137 del 13.12.2013 un unico Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione, successivamente sostituito con Delibera del Direttore Generale n. 87 del 13.05.2014 e di seguito denominato Responsabile.

Il Responsabile elabora ogni anno entro il 31 gennaio, coadiuvato da un Gruppo di Lavoro e dai Referenti di cui ai successivi paragrafi, la proposta di Piano sottoponendolo al Direttore Generale per l'adozione.

Il Piano viene pubblicato, a cura del Responsabile, presso il sistema integrato "PERLA PA" e sul sito web dell'Istituto nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti - Corruzione".

Oltre ai vari adempimenti previsti dalla Legge n. 190/2012, il Responsabile deve, in particolare:

- provvedere alla verifica dell'efficace attuazione (monitoraggio) del Piano con le modalità descritte, nonché alla costante valutazione della sua idoneità proponendone altresì la modifica e l'aggiornamento;
- provvedere ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1 comma 11 Legge n. 190/2012;
- verifica, di intesa con il dirigente competente l'effettiva rotazione degli incarichi nelle strutture preposte allo svolgimento di attività mappate come a "rischio elevato" di corruzione;
- pubblicare nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta entro il 15 dicembre di ogni anno.

Per l'adempimento dei compiti previsti dalla Legge n. 190/2012 sopra esemplificati, il Responsabile può in ogni momento:

- verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazioni per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale;
- effettuare, tramite i Referenti di cui ai successivi paragrafi, ispezioni e verifiche presso ciascuna struttura organizzativa di ISPO al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi. Le ispezioni e verifiche avverranno con le modalità indicate al successivo paragrafo 5.

Tutta l'attività sopra descritta verrà esercitata dal Responsabile sempre in una ottica di collaborazione volta al miglioramento progressivo dell'azione dell'Istituto e dei suoi dipendenti.

3. Risorse a disposizione del Responsabile: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti e Dipendenti

3.1 Gruppo di lavoro

Il Responsabile è coadiuvato da un Gruppo di lavoro, costituito con Delibera del Direttore Generale n. 96 del 12.09.2013 e successivamente rinominato "Gruppo di lavoro per la trasparenza e la prevenzione della corruzione" con Delibera del Direttore Generale n. 87 del 13.05.2014 e rideterminato nella composizione con Delibera n. 12 del 22.01.2015.

3.2 Referenti

I Referenti per la prevenzione della corruzione di ISPO, ai sensi del vigente Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera CIVIT n. 72/2013, sono individuati nei Responsabili di struttura complessa e semplice, nei titolari di Posizione Organizzativa e nel Clinical Risk Manager.

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati alle strutture di riferimento, anche in linea agli obblighi di rotazione del personale; inoltre, adempiono agli obblighi previsti dalla normativa vigente, dal presente Piano e dalle misure comunicate dal Responsabile.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 5 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

3.3 Dirigenti

I Dirigenti di ISPO:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell’Autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001; art. 20 D.P.R. n. 3/1957; art.1, comma 3, Legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio secondo le indicazioni contenute nel presente Piano;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001);
- assicurano, quando Direttori di S.C. e S.S., l’osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano, quando Direttori di S.C. e S.S., le misure gestionali, quali l’avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165/2001);
- osservano le misure contenute nel Piano.

3.4 Dipendenti

Tutti i Dipendenti di ISPO sono tenuti alla:

- collaborazione al fine della puntuale verifica ed osservanza delle indicazioni contenute nella normativa anticorruzione e nel presente Piano;
- segnalazione al proprio superiore gerarchico o al Responsabile di ogni fatto o circostanza da cui emergano profili di illiceità nell’ambito del contesto istituzionale dell’attività dell’ISPO.

In caso di omissione ai presenti compiti, ciascun dipendente potrà conseguentemente essere sottoposto alle misure disciplinari previste dalla legge.

4. Altri soggetti

Le disposizioni del presente Piano trovano applicazione anche nei confronti di tutti gli altri soggetti che, a qualunque titolo, intrattengano rapporti di collaborazione presso le strutture dell’Istituto.

5. Iniziative a livello di Area Vasta per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

Al fine dell’omogeneizzazione delle procedure inerenti gli adempimenti attuativi delle disposizioni contenute nella Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., ISPO promuove e partecipa attivamente alle iniziative che proiettino le azioni di cui al presente piano a livello di Area Vasta.

ISPO nello specifico partecipa:

- alla definizione di percorsi formativi comuni rivolti a tutti i dipendenti del servizio sanitario delle aziende sanitarie ed ospedaliere comprese nel territorio dell’area vasta centro della regione Toscana;
- alla definizione ed adozione metodologie comuni di gestione e valutazione del rischio per rendere possibile la comparazione dei risultati dei monitoraggi ottenuti nell’attuazione degli obiettivi scaturenti dall’adozione della normativa anticorruzione.

6. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione

Tali fattispecie sono disciplinate dall’Istituto tramite il Codice di comportamento dei dipendenti adottato con Delibera del Direttore Generale n. 263 del 22.12.2014.

7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione

7.1 Aree 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 di corruzione.

L’art. 1 comma 9 lett. a) della Legge n. 190/2012 ha individuato le “aree di rischio comuni ed obbligatorie”.

Le attività di ISPO elencate nella tabella 1 riportata di seguito sono per la maggior parte una specificazione di quanto già individuato a livello legislativo e sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le “attività” a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi nella ampia accezione descritta al paragrafo 2, senza alcun riferimento alle singole persone preposte.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 6 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

7.2 Gestione del rischio

Come indicato nel PNA per “gestione del rischio” si intende l’insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l’amministrazione con riferimento al rischio.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento utilizzato per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.

Il Piano dell’Istituto è lo strumento per attuare la gestione del rischio.

Le fasi principali seguite sono:

- a. mappatura dei processi;
- b. valutazione del rischio per ciascun processo;
- c. trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo.

a. Mappatura dei processi

La mappatura dei processi consente l’individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio.

La mappatura consiste nell’individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l’elaborazione del “catalogo dei processi”.

b. Valutazione del rischio

L’attività di valutazione del rischio è stata fatta per ciascun processo mappato.

Per la valutazione del rischio si intende l’insieme delle seguenti azioni:

- b1. identificazione del rischio;
- b2. analisi del rischio;
- b3. ponderazione del rischio.

b1. Identificazione del rischio

L’identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi nell’ambito dei processi mappati.

L’attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all’Istituto.

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 i rischi e le attività soggette a rischio.

b2. Analisi del rischio

L’analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.

b3. Ponderazione del rischio

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell’analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l’urgenza di 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.

c. Trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell’individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, ciascun Referente o Dirigente, anche su impulso del Responsabile, deve proporre le modalità di trattamento e la individuazione delle misure di sicurezza.

Le attività di cui ai punti a, b e c sono state condotte così come riportato nella tabella 1.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 7 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

Tabella 1 – MAPPATURA AREE DI RISCHIO PRORITARIE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Referente del monitoraggio
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO Commissioni	A1 Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi Dirigenziali	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina della commissione • Svolgimento dell'attività valutativa 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte Commissioni	A2 Affidamento incarichi di collaborazione esterna	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina della commissione • Svolgimento dell'attività valutativa • Compartmentamenti nel corso di svolgimento delle prove 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 8 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	--

S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF	A3 Gestione contratti di collaborazione esterna	<ul style="list-style-type: none"> • Stesura del contratto • Rispetto degli adempimenti contrattuali • Liquidazione corrispettivi 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF	A4 Gestione del rapporto di lavoro del personale in regime istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento dell'attività di valutazione 	MEDIO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF	A5 Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego	<ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento dell'attività di valutazione 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO

S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO Singoli DEC e RUPA	A6 Individuazione DEC (Direttori Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale")	<ul style="list-style-type: none"> Nomina (rispetto della competenza in materia e verifica assenza conflitto di interesse) 	MEDIO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.S. Contabilità e Controllo di Gestione ISPO Singoli DEC	A7 Gestione dell'esecuzione del contratto, liquidazione e pagamento di servizi e forniture	<ul style="list-style-type: none"> Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti di verifica secondo le regole di evidenza previste dalla legge Rispetto delle regole sull'ordine dei pagamenti e dei principi contabili 	MEDIO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO Direttore S.S. Contabilità e Controllo di Gestione ISPO
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF	A8 Rimborsi spese	<ul style="list-style-type: none"> Svolgimento dell'attività di verifica Determinazione dell'importo da rimborsare 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 10 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte	A9 Gestione progetti incentivanti	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno • Iter procedurale per l'attribuzione • Svolgimento dell'attività di verifica 	ALTO	Direttore S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-Scientifica ISPO
--	---	--	-------------	---

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 11 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

7.3 Monitoraggio delle aree di rischio prioritarie

Il monitoraggio incentrato sarà effettuato sulle attività relative alle aree di rischio prioritarie riportate nella tabella 1. Con riferimento alle aree suddette, ed in relazione alle funzioni proprie e caratterizzanti l'ISPO, si riportano a seguire alcuni indici presuntivi di rischio che costituiranno parte integrante di monitoraggio semestrale da parte del Referente riportato sempre in tabella 1.

AREA A1

- Mancanza dei requisiti necessari;
- Mancanza di criteri di valutazione;
- Mancanza del contratto individuale;
- Non conformità del contratto individuale;
- Presenza di conflitti di interessi rilevati o rilevabili.

AREA A2

- Requisiti troppo specifici per la partecipazione alla selezione;
- Numero limitato di domande ricevute (inferiori a 2);
- Mancanza delle dichiarazioni previste dalla normativa rilasciate dai componenti della commissione;
- Ricorrenza stessi candidati nelle varie selezioni;
- Scarsa rotazione dei componenti delle commissioni selettive, ivi incluso il segretario.

AREA A3

- Mancanza delle dichiarazioni previste dalla normativa rilasciate dai collaboratori;
- Relazioni di attestazione dell'attività, ai fini della liquidazione dei compensi generiche e/o ripetitive;
- Liquidazione di compensi con importo costante nel tempo.

AREA A4

- Utilizzo improprio degli istituti contrattuali;
- Ricorrente utilizzo delle correzioni manuali all'orario di timbratura.

AREA A5

- Ricorso improprio all'istituto dell'attività extra-impiego;
- Non rispetto della tempistica dell'iter procedurale.

AREA A6

- Mancanza di competenze tecniche da parte del DEC in riferimento all'oggetto contrattuale;
- Mancanza di rotazione nel ruolo di RUPA.

AREA A7

- Mancanza di idoneo reporting di controllo sulla fornitura di beni e servizi;
- Fatturazione anticipata rispetto all'erogazione della fornitura di beni e servizi;
- Mancanza documentazione idonea a comprovare la corretta fornitura di beni e servizi;
- Pagamenti effettuati prima della scadenza della fattura (esigibilità).

AREA A8

- Produzione di documentazione non idonea;
- Richieste di rimborsi non ammissibili.

AREA A9

- Coincidenza del proponente e del beneficiario;
- Ricorrenza dell'assegnazione allo stesso beneficiario;
- Ridotto numero di partecipanti (inferiore a 2).

È compito dei Referenti e dei Dirigenti di ISPO individuare indicatori di rischio per le aree di loro competenza ed effettuare il relativo monitoraggio.

I Referenti effettuano il monitoraggio puntuale o a campione a seconda della fattispecie sull'attività svolta con cadenza semestrale e ne comunicano l'esito al Responsabile via mail entro il mese successivo.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 12 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

Il Responsabile potrà richiedere approfondimenti o indicatori ulteriori.

Il Responsabile potrà comunque svolgere le proprie funzioni anche in aree diverse laddove, nell'attività di monitoraggio, emergessero criticità e rischi non individuati nel presente Piano.

8. Controllo sui procedimenti amministrativi

La Legge n. 190/2012 ha introdotto una serie di modifiche alla Legge 7 agosto 1990 n. 241, in particolare prevedendo che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale debbano astenersi in caso di conflitto di interesse e segnalare ogni situazione, anche potenziale, di conflitto. La stessa legge ha inoltre previsto che il Governo adotti, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della Legge n. 190/2012 (quindi entro il 13 giugno 2013), un decreto legislativo per la disciplina organica degli illeciti, e relative sanzioni disciplinari, correlati al superamento dei termini di definizione dei procedimenti amministrativi, secondo i seguenti principi:

- omogeneità degli illeciti connessi al ritardo;
- omogeneità del controllo da parte dei Dirigenti, volti a evitare ritardi;
- omogeneità, certezza e coerenza nel sistema delle sanzioni in relazione al mancato rispetto dei termini.

9. Codice di Comportamento dei dipendenti

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Istituto, volto a disciplinare le regole di buona condotta, i doveri minimi di imparzialità e diligenza dei dipendenti di ISPO costituisce parte integrante sostanziale del presente Piano e dei suoi successivi aggiornamenti.

10. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Il PNA, in attuazione delle disposizioni della Legge n. 190/2012, ribadisce in maniera inequivocabile che la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

L'attuazione della misura appare di notevole complessità all'interno di ISPO, per varie ragioni.

E' richiesta la preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione; tale azione è già stata effettuata nel Piano 2014, ma si prevede di perfezionarla ed affinarla ulteriormente.

Occorre sottolineare che ISPO, per funzioni istituzionali e per dimensioni, consta di personale per il quale sono state perseguite politiche di alta professionalizzazione e specializzazione, sia nell'area sanitaria che in quella amministrativa. L'applicazione della rotazione in un contesto del genere rischia di avere un impatto notevole, che comporterebbe un ripensamento complessivo dell'organizzazione della attività dell'Istituto e del suo ruolo nel contesto del Servizio Sanitario Regionale.

11. Attività di formazione

11.1 Oggetto e finalità

La Legge n. 190/2012 prevede una serie di misure di formazione del personale, in particolare:

- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, eventualmente verificando l'esistenza di percorsi di formazione ad hoc presso la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, ed individuando il personale da inserire in tali programmi (art. 1 comma 8 e 11);
- previsione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione (art. 1 comma 9);
- organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche amministrazioni (art. 1 comma 44).

Nell'ambito delle misure indicate dalla Legge n. 190/2012 l'Istituto ritiene di sviluppare interventi di formazione/informazione articolati su più livelli rivolti a tutto il personale, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno, fornendo la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio e promuovendo la cultura della legalità, della integrità, della trasparenza e dell'etica.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 13 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

Gli eventi saranno organizzati tenendo presente sia la peculiarità dell'organizzazione dell'Istituto che le aree di rischio specifiche.

Gli incontri, svolti mediante sessioni periodiche anche *in house*, avranno ad oggetto principalmente i temi dell'etica e della legalità, della trasparenza, i contenuti del P.T.P.C. e del Codice di comportamento dei dipendenti ex DPR 62/2013. Tali tematiche saranno affrontate mediante l'analisi di casi pratici tipici del contesto lavorativo, al fine di far emergere il comportamento eticamente adeguato nelle diverse fattispecie.

Tali percorsi saranno strutturati su due livelli, come specificato nel seguente sottoparagrafo:

- livello specifico: rivolto al personale operante in ambiti particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- livello generale: rivolto a tutto il personale.

Al fine di ottimizzare i costi di realizzazione dei suddetti percorsi formativi saranno perseguite prioritariamente strategie che consentano sinergie di sistema, attraverso l'adesione a percorsi formativi proposti da Aziende Provider ECM su territorio di Firenze oppure saranno individuati, laddove percorribili, percorsi di formazione a distanza (FAD).

11.2 Percorsi formativi di livello specifico

La programmazione delle attività formative di livello specifico intende assicurare la più ampia partecipazione del personale che, a vario titolo, svolge attività ad elevato rischio di corruzione.

La formazione "specificata" coinvolgerà il Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione ed i Referenti della prevenzione della corruzione di ISPO, che sono stati individuati nel Piano (attese 12-15 persone): Direttori S.C., Direttori S.S., Posizioni Organizzative e Clinical Risk Manager.

Nell'ambito dei corsi di formazione per tali figure dovranno essere analizzate le misure di prevenzione della corruzione, le modalità più efficaci per la gestione del rischio, per il monitoraggio e la valutazione nell'ottica del miglioramento continuo e della trasparenza delle azioni dell'Istituto. Le tematiche legate alla prevenzione della corruzione dovranno essere contestualizzate con la presentazione e discussione in seduta plenaria di specifica casistica.

I docenti più idonei per questi percorsi di livello specifico sono professionisti esterni all'Istituto con formazione giuridica/legale e con esperienza nella Pubblica Amministrazione. In particolare, saranno previsti interventi di Magistrati per analizzare casistica reale.

11.3 Percorsi formativi di livello generale

Per quanto riguarda la formazione di livello generale, dovranno essere svolti nel triennio altri eventi formativi per affrontare tematiche legate alla legalità, integrità, trasparenza dei processi in sanità, contestualizzazione dei principi esposti nel Codice di comportamento.

La formazione di livello generale coinvolgerà circa n. 150 persone.

I docenti più idonei per questo livello dovranno essere professionisti esterni all'Istituto con esperienza nella Pubblica Amministrazione. In particolare si prevedono interventi di esperti di diritto amministrativo e di etica.

Inoltre, si prevede anche una formazione "periodica" (anche in modalità più 'flessibili', come il tutoring o il mentoring, ecc.) attivabile in caso di nuove assunzioni o di assegnazione di nuovo personale alle strutture in cui è maggiormente presente il rischio di corruzione. Formazione che deve essere garantita dal Direttore di Struttura o dalla P.O. di riferimento, con l'eventuale supporto del Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione

12.1 Incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi

La struttura competente al conferimento degli incarichi dirigenziali deve verificare, all'atto del relativo conferimento, la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai soggetti, cui il Direttore Generale intende attribuire un incarico in applicazione della normativa vigente.

12.2 Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

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

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 14 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la convenienza di accordi fraudolenti.

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

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163 del 2006). I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

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

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

13. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel Piano pubblicato sul sito web dell'Istituto in apposita sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – Corruzione", presta la sua collaborazione al Responsabile e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico, o al Responsabile, eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

Chiunque riceva le segnalazioni in argomento è tenuto all'obbligo di massima riservatezza. Il superiore gerarchico potrà riferire solo al Responsabile.

Le segnalazioni che potrebbero configurare eventuali rischi probabili di corruzione, saranno trattate ai sensi della vigente normativa sulla privacy. Ogni violazione del predetto obbligo di riservatezza costituisce illecito disciplinare per violazione di doveri d'ufficio.

Le segnalazioni possono pervenire in via anonima o da soggetti identificati o identificabili. Il superiore gerarchico che riceve segnalazioni anonime valuterà, nel caso in cui le medesime siano ben circostanziate, l'opportunità di trasmettere le segnalazioni medesime al Responsabile o all'autorità giudiziaria in base anche al contenuto delle stesse.

Al fine di pervenire ad un ottimale sistema di invio delle segnalazioni che garantisca la identificabilità del segnalante solo nei casi strettamente indispensabili, ISPO procederà alla elaborazione di una procedura idonea, volta alla migliore tutela della privacy del segnalante. Nella attesa della implementazione di tale sistema, le segnalazioni possono essere formulate e trasmesse con qualsiasi mezzo.

Tutto il personale viene sensibilizzato sulla importanza della divulgazione delle azioni illecite, e periodicamente aggiornato circa i propri diritti ad essere tutelato in caso di denuncia, in occasione delle iniziative formative legate alla prevenzione della corruzione nonché con apposita informazione sul sito web dell'Istituto.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 15 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

14. Patti di integrità

Ai sensi di quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, i patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

Per le gare di appalto si rimanda all'Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale (ESTAR), mentre per l'acquisizioni dirette provvede l'Istituto.

15. Rapporto con il ciclo della performance

L'Istituto dovrà rivedere il sistema di valutazione individuale della performance, inserendo elementi di misurazione della collaborazione e della valutazione del rischio, del monitoraggio e della diffusione della cultura organizzativa orientata all'eticità e alla legalità tra gli obiettivi dei dirigenti e dei funzionari titolari di posizioni organizzative.

16. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ottica della massima divulgazione del canone della legalità, il Responsabile, in coerenza con le indicazioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti adottato, appronterà tutte le misure volte alla collaborazione con le diverse rappresentanze della società civile del territorio di riferimento, al fine della condivisione delle esigenze sottese alle caratteristiche della popolazione interessata all'attività di ISPO.

17. Relazione dell'attività svolta

Il Responsabile entro il 15 dicembre di ogni anno sottopone alla Direzione Generale dell'Istituto una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'Istituto nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti - Corruzione".

18. Obblighi di informazione

Il presente Piano è destinato a tutto il personale dipendente di ISPO.

A decorrere dalla sua approvazione, sarà consegnato a tutto il personale neoassunto al momento della presa di servizio. Al personale di ISPO già in servizio alla data di approvazione del presente Piano sarà comunicato tramite specifiche iniziative, l'adozione dello stesso, ed indicato il percorso da seguire per prendere atto dei suoi contenuti e dichiararne l'avvenuta lettura.

19. Controllo e prevenzione del rischio

Il Responsabile procederà alla verifica dell'adempimento del presente Piano secondo le seguenti azioni complementari:

- raccolta di informazioni;
- verifiche e controlli presso le strutture dell'Istituto;
- verifica adempimenti sulla trasparenza.

Il Responsabile può tenere conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori di interesse, sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino la possibilità di un rischio probabile di corruzione. Tali segnalazioni dovranno essere effettuate tramite posta elettronica certificata (per gli utenti esterni) o attraverso l'indirizzo di posta elettronica istituzionale scrivendo all'indirizzo di posta trasparenza.anticorruzione@ispo.toscana.it, nel pieno rispetto dell'art. 54 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii..

Il Responsabile procederà, con l'ausilio di del Gruppo di lavoro, a verifiche, in via prioritaria e mediante la metodologia dell'Audit, presso le strutture dell'Istituto le cui aree risultano qualificate ad alto rischio a seguito della valutazione del rischio di cui alla tabella 1 del presente documento.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 16 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

20. Pianificazione triennale

La tabella 2 sintetizza le azioni previste nel corso del triennio di riferimento.

Tabella 2 – Interventi previsti nel triennio	
Anno di attuazione	Azioni previste
I anno	Azioni di monitoraggio nelle aree qualificate a rischio (rif. Tabella 1)
I anno	<i>Gap analysis</i> sulle casistiche maggiormente significative
I anno	Revisione del Piano, in particolare per quanto riguarda le aree di rischio e il livello di queste, di concerto con i Direttori/Dirigenti delle diverse strutture organizzative di ISPO
I anno	Applicazione da parte dei dipendenti, del presente aggiornamento del Piano
I anno	Attuazione delle azioni previste nel piano di formazione ed informazione
I anno	Definizione di procedure di monitoraggio specifiche “ad hoc”
I anno	Individuazione di obiettivi da attribuire al personale dirigente e del comparto sul tema dell’etica, della legalità e degli adempimenti sulla trasparenza
II anno, III anno	Reiterazione delle azioni del primo anno

21. Obblighi di trasparenza

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità (P.T.T.I.), di seguito denominato Programma, costituisce parte integrante del P.T.P.C. ed è stato inserito da questo anno come allegato tecnico e denominato **allegato 1**.

La sezione “Amministrazione Trasparente”, accessibile dalla home page del sito istituzionale, contiene numerose informazioni previste dalla normativa di cui alla Legge n. 190/2012, in quanto già introdotte da precedenti disposizioni di legge tra cui quelle del D.Lgs. n. 150/2009 che, hanno trovato poi ulteriore normativa di dettaglio nel succitato D.Lgs. n. 33/2013 e nelle altre fonti vigenti.

Gli ulteriori dettagli sono indicati nel Programma dell’Istituto.

22. Disposizioni finali

Il presente Piano entra in vigore dalla data di esecutività del provvedimento di adozione.

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017</p>	<p>Codice Aziendale A0078</p> <p>Pagina 17 di 21 Edizione 1 Revisione 1</p>
---	--	---

ALLEGATO 1

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (P.T.T.I) 2015-2017

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 18 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

1. Oggetto e finalità

Per il raggiungimento della propria mission, di ricerca, valutazione e sorveglianza epidemiologica, di definizione dei percorsi diagnostici nel campo della prevenzione secondaria in ambito oncologico e di promozione e realizzazione di programmi di screening oncologico, di organizzazione, esecuzione, monitoraggio delle procedure diagnostiche correlate agli screening istituzionali, di centralizzazione delle attività diagnostiche correlate agli screening oncologici, l'Istituto intende focalizzare con sempre maggiore incisività l'attenzione sulla qualità dei servizi resi.

Posto che questa non può prescindere dalla diffusione e dal consolidamento di una cultura di integrità e trasparenza nella conduzione delle attività, a tutela del buon andamento e dell'imparzialità della propria azione, delle aspettative degli utenti e del lavoro dei propri dipendenti, l'Istituto ritiene indispensabile proseguire ed ufficializzare il percorso intrapreso in relazione a tali tematiche e pertanto si è dotato del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.), di seguito denominato Programma, dove sono riportate in maniera organica tutte le iniziative previste per il triennio di riferimento 2015-2017, finalizzate a garantire un adeguato livello di trasparenza e sono, al contempo, descritte le misure assunte e da assumere nel corso del medesimo triennio per lo sviluppo di una cultura della legalità.

Le principali fonti normative di supporto alla stesura sono state la seguenti:

- **Legge n. 190 del 06.11.2012** “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- **Linee Guida dei siti web delle pubbliche amministrazioni**, emanate negli anni 2010 e 2011 dal Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione ai sensi dell'articolo 4 della Circolare Ministeriale n. 8 del 2009;
- **Delibera CIVIT (ora ANAC) n. 105 del 14.10. 2010** Linee Guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'Integrità (art. 13, comma 6, lettera e del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150);
- **Delibera CIVIT n. 2 del 10.01. 2012** Linee Guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'Integrità;
- **Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013** Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni
- **Delibera CIVIT n. 50 del 4.7.2013** Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016;
- **Deliberazione Garante per la privacy n. 243 del 15.05.2014** Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web" emanate dal Garante per la privacy con Delibera n. 243 del 15 maggio 2014.

Nella programmazione delle attività definite nel Programma è certa la convinzione che questo possa contribuire, da un lato, a rafforzare la fiducia dei cittadini-utenti nell'Istituto stesso, dall'altro lato, a coinvolgere e sensibilizzare tutto il personale rispetto ai percorsi attivati.

La trasparenza, secondo l'accezione fatta propria dal legislatore con il D.Lgs. 150/2009, assume un ruolo di primo piano tra i principi cardine dell'ordinamento giuridico, cui le amministrazioni pubbliche devono ispirare il proprio operato, essendo qualificata livello essenziale delle prestazioni erogate dalla pubblica amministrazione ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Lo scopo dichiarato è quello di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità.

Il concetto di trasparenza che emerge dai più recenti testi normativi è inoltre strettamente connesso al concetto di integrità, quale strumento finalizzato alla prevenzione della corruzione.

La pubblicazione di determinate informazioni risulta infatti funzionale a prevenire ed, eventualmente, rivelare situazioni in cui possano nascondersi forme di illecito.

E' in quest'ottica che vanno lette le disposizioni che prevedono, in capo alle Pubbliche Amministrazioni, obblighi in ordine alla pubblicazione sui rispettivi siti web istituzionali, ad esempio, di dati relativi al personale dirigente, di dati relativi all'erogazione di sovvenzioni e benefici di natura economica, di dati relativi alle modalità di gestione dei servizi. Con lo sviluppo delle tecnologie informatiche e della comunicazione digitale, i siti web istituzionali hanno infatti finito per assurgere a mezzo di comunicazione primario, veicolo elettivo di informazione, ma anche di

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 19 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

innovazione e semplificazione, tramite il quale diventa più agevole realizzare il principio di democraticità dell'azione pubblica.

Il D.Lgs. 33/2013 definisce la trasparenza come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche ed obbliga le Pubbliche Amministrazioni a predisporre sul proprio sito web una sezione denominata "Amministrazione trasparente" nella quale pubblicare tutti i dati e le informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività e le modalità di realizzazione secondo modelli standardizzati.

Il sito web è quindi lo strumento di comunicazione prescelto dal D.Lgs. n. 33/2013 per consentire, attraverso la pubblicazione obbligatoria di specifici contenuti, una effettiva conoscenza delle azioni delle Pubbliche Amministrazioni, sollecitare la partecipazione degli utenti e agevolare un controllo diffuso sul perseguimento delle finalità istituzionali e sull'uso delle risorse pubbliche.

Tale canale di comunicazione, ormai talmente prevalente da avere assunto carattere di ufficialità anche nelle relazioni istituzionali ed è quello che consente più efficacemente di garantire il diritto di chiunque di accedere ai siti in maniera diretta, senza autenticazione ed identificazione.

L'Istituto osserva nelle proprie pubblicazioni on line i limiti imposti dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, riservando alla tutela della riservatezza un'attenzione costante, per le possibili interferenze che possono crearsi tra essa e le esigenze di trasparenza.

Resta fermo infine che nell'effettuazione delle proprie pubblicazioni - siano esse obbligatoriamente previste dalla legge o meno - l'Istituto garantisce il rispetto del principio di proporzionalità, previsto dal Codice della Privacy, finalizzato ad assicurare che i dati pubblicati siano pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati (principio che comporta anche la necessità di provvedere all'archiviazione dei dati non più aggiornati).

Il personale dell'Istituto che dovrà assicurare il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, secondo quanto prescritto dall'art. 43, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013, avrà un ruolo centrale ai fini della funzionalità ed operatività delle misure di trasparenza.

Il Programma è corredato da una apposita "scheda" relativa alla pianificazione della pubblicazione e degli aggiornamenti dei dati contenuti nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'Istituto.

2. Responsabilità

2.1 Le responsabilità in materia di adempimenti sulla trasparenza

I responsabili della produzione e dell'aggiornamento dei dati di cui al presente Programma sono individuati nella "scheda" allegata al Programma con riferimento a ciascun dato richiesto dalla normativa.

I responsabili della devono produrre i dati richiesti dalla normativa nei tempi previsti nel Programma e provvedere all'iter di pubblicazione dei dati sul sito istituzionale.

Il Responsabile della trasparenza, di seguito denominato Responsabile, nominato dal Direttore Generale, ha il compito di:

- provvedere all'aggiornamento del P.T.T.I.;
- controllare il corretto adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa;
- segnalare alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Competente per i Procedimenti Disciplinari (UCPD) i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

2.2 Il sistema di monitoraggio interno sull'attuazione del Programma

Compete all'OIV il monitoraggio dell'attuazione del presente Programma e, più in particolare, la verifica dell'assolvimento da parte dell'Istituto degli adempimenti degli obblighi legislativamente imposti in materia di trasparenza ed integrità.

L'OIV riferisce annualmente alla Direzione Generale i risultati dell'attività di Audit espletata sul processo di realizzazione del Programma e sulle misure adottate mediante stesura di apposita relazione.

La Direzione Generale tiene conto dei risultati delle suddette verifiche al fine dell'aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza, nonché per l'elaborazione dei contenuti del Programma.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 20 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

3. Descrizione delle attività

3.1 Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

Il presente programma è elaborato tenendo conto delle vigenti disposizioni normative, linee guida ed altra documentazione in materia di trasparenza ed integrità.

Nel presente documento sono riportate in maniera sintetica tutte le iniziative assunte dall'Istituto in merito alla trasparenza

Al fine di assicurarne la massima partecipazione, lo stesso viene trasmesso con apposita informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza.

Il Programma, una volta approvato, verrà inviato all'OIV, per consentirne lo svolgimento dei compiti di verifica e controllo sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità legislativamente previsti, e verrà pubblicato sul sito internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

3.2 I dati oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa vigente in tema di trasparenza e le modalità della loro pubblicazione

Secondo quanto espressamente previsto dalla normativa vigente, l'Istituto si impegna a fornire informazioni complete, di facile consultazione, comprensibili e prodotte in un formato tale da poter essere riutilizzate.

I dati saranno pubblicati tempestivamente ed aggiornati periodicamente secondo quanto previsto indicato nella "scheda" suddetta.

La pubblicazione dovrà essere mantenuta per un periodo di 5 anni e comunque finché perdurano gli effetti degli atti.

Al fine di consentire una migliore ricerca ed individuazione dei dati stessi, si precisa che nell'apposita sezione del sito istituzionale, denominata "Amministrazione trasparente", direttamente raggiungibile dalla home page, sono previsti i link o sotto-sezioni i cui contenuti rispettano l'alberatura prevista dalla normativa vigente.

L'Istituto garantisce, per il tramite delle strutture competenti, come individuate nella "scheda" di cui sopra, l'aggiornamento periodico delle pubblicazioni effettuate, secondo le scadenze nel medesimo previste. In linea di massima, i dati che non hanno una scadenza legale predefinita sono aggiornati annualmente.

Le strutture competenti assicurano anche l'eliminazione delle informazioni superate e/o non più significative.

I dati pubblicati sono, inoltre, chiaramente contestualizzati mediante l'apposizione della data a cui gli stessi fanno riferimento sul titolo dei file inseriti.

La pubblicazione degli atti sull'albo pretorio on line, assolvendo ad una funzione diversa da quella della trasparenza, che è quella della pubblicità legale, non è rilevante ai fini dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e viceversa.

Con riferimento alle informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione trasparente" l'Istituto garantisce che:

- a) il formato dei dati sia di tipo aperto, sia un formato di dati reso pubblico, documentato esaurientemente e neutro rispetto agli strumenti tecnologici necessari per la fruizione dei dati stessi;
- b) i dati di tipo aperto presentino le seguenti caratteristiche:
 - siano disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque;
 - siano accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
 - siano resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione.

L'Istituto si farà carico di ulteriori analisi delle tipologie di dato e delle possibili implementazioni delle informazioni pubblicate anche al fine di migliorare la comunicazione con gli stakeholder.

3.3 Le iniziative per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità

3.3.1 Giornate della trasparenza

Per quanto riguarda invece la partecipazione ed il coinvolgimento dell'utenza e degli altri stakeholder nelle scelte e nei percorsi seguiti per garantire la piena accessibilità, si prevede di attivare specifici incontri, denominati "giornate della trasparenza e della legalità" per mettere a conoscenza i presenti circa le misure adottate dall'Istituto a favore della trasparenza e della legalità.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2015-2017	Codice Aziendale A0078 Pagina 21 di 21 Edizione 1 Revisione 1
---	---	---

Nel corso di tali iniziative sarà data a quanti ne abbiano interesse la possibilità di intervenire per esprimere giudizi, suggerimenti, proposte. Al termine delle giornate della trasparenza saranno distribuiti tra i partecipanti questionari di gradimento, ove poter inserire anche commenti, indicazioni e suggerimenti.

Nel quadro di collaborazione che caratterizza le strutture sanitarie della Regione Toscana e nell'ottica dell'efficiente utilizzo delle risorse pubbliche l'Istituto ricercherà le massime sinergie con le altre Aziende Sanitarie anche nell'ambito dell'organizzazione delle giornate della trasparenza e della legalità.

3.3.2 Attività di promozione, diffusione e formazione

La promozione, la diffusione e la formazione della cultura della trasparenza saranno realizzate in parallelo a quelle previste dal Piano triennale anticorruzione cercando di ottimizzare le risorse e le energie favorendo la partecipazione/collaborazione ad iniziative promosse dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

3.3.3 Posta Elettronica Certificata e progetti per l'informatizzazione

L'Istituto è dotato del servizio di Posta Elettronica Certificata (PEC). L'indirizzo è disponibile sul sito dell'Istituto nella home-page. In conformità alle specifiche previsioni legislative (ex art. 34 Legge n. 69/2009), la casella istituzionale è pubblicata nell'home page del sito internet istituzionale e censita nell'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA).

Gli obiettivi di informatizzazione che l'Istituto si prefigge nell'ambito delle azioni rivolte alla reingegnerizzazione dei servizi, già messe in campo e da implementare nei prossimi anni, sono anche:

- ristrutturazione dell'immagine e dei contenuti del sito istituzionale;
- estensione dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata non solo alle comunicazioni tra Pubbliche Amministrazioni, ma anche alle comunicazioni tra Pubbliche Amministrazioni e privati;
- informatizzazione di intere procedure, quali quella per l'adozione di atti amministrativi (deliberazioni e determinazioni) e quella dei pagamenti.

L'Istituto si prefigge, nel triennio di riferimento (2015-2017), non solo l'obiettivo di realizzare una sempre più ampia informatizzazione nella trasmissione dei documenti, ma anche quello di informatizzare i propri procedimenti, obiettivo quest'ultimo che, garantendo una maggiore tracciabilità dei passaggi operativi e decisionali, rappresenta senz'altro uno strumento utile anche al fine di conseguire una maggiore trasparenza nelle modalità di gestione dei servizi.

Allegato 1.1 – Scheda “Pianificazione delle azioni di pubblicazione ed aggiornamento della Sezione “Amministrazione Trasparente del sito ISPO – Elenco degli obblighi di pubblicazione”

ALLEGATO 1.1

SCHEDA "PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI PUBBLICAZIONE ED AGGIORNAMENTO DELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DEL SITO ISPO - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE"

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile Trasparenza e Anticorruzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 14, c. 4, lett. g), d.lgs. n. 150/2009	Annuale e in relazione a delibere ANAC	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile Trasparenza e Anticorruzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Atti generali	Art. 12, c. 1, c.2 d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Burocrazia zero			Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 14, c. 1, lett. a), b), c), d), e), f), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali			Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b) c), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. e P.O.	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c.1, lett b), lett. c), lett. d) c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Incarichi amministrativi di vertice	Art. 41, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
Personale	Dirigenti	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. a), c. 2, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 Art. 41, c. 2, c.3, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Posizioni organizzative	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, c.2, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Creare link	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Bandi di concorso		Art. 19, c. 1, c.2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 23, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Tempestivo	Creare link al sito ESTAR	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane
Sistema di misurazione e valutazione della Performance		Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Piano della Performance		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
Performance	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da pubblicare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CIVIT n. 6/2012	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	Par. 4, delib. CIVIT n. 23/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), lett. b), lett. c), lett. d) c.2, c.3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/Annuale	Fattispecie non presente per l'Istituto			Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Fattispecie non presente per l'Istituto			Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/Annuale	Fattispecie non presente per l'Istituto			Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Fattispecie non presente per l'Istituto			Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Da rivedere			Referente Ufficio Atti	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Atti	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Controlli sulle imprese		Art. 25, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Gestione contratti, convenzioni, patrimonio e logistica	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 27, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Patrimonio	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Patrimonio	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da pubblicare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente URP	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da pubblicare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da pubblicare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Pagamenti dell'amministrazione	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Contabilità e Controllo di Gestione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Opere pubbliche		Art. 38, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Altri contenuti - Corruzione		Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 delib. CIVIT n. 105/2010 e 2/2012 Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012 Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile Trasparenza e Anticorruzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Altri contenuti - Accesso civico		Art. 5, c. 1, c. 4 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile Trasparenza e Anticorruzione	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione
Altri contenuti - Dati ulteriori		Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale e verifiche a campione