

# PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

## 2014-2016

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

Su questo documento il Responsabile della prevenzione della corruzione si riserva di effettuare, quando necessario, interventi di "micro - revisioni" tesi a correggere eventuali refusi, errori formali, formattazioni e soprattutto ad aggiungere annotazioni, precisazioni e quanto necessario per favorire la leggibilità del documento a tutti gli attori coinvolti. **Si raccomanda di consultare e verificare online che la versione utilizzata e/o stampata sia l'ultima versione disponibile.**

Le vere e proprie modifiche del documento e quindi gli interventi di aggiornamento strutturale e sostanziale del Piano saranno indicate nell'apposita pagina riservata al Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Istituto.

**Gruppo di redazione:** C. Gheri, S. Gallo, B. Mengoni, A. Rizzo

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Gheri C., Rizzo A.	Componenti Gruppo di Lavoro Trasparenza e Integrità		
VERIFICA	Castiglione G.	Referente Qualità e Accreditamento		
APPROVAZIONE	Amunni G.	Direttore Generale		

Sezione I – Prevenzione della Corruzione.....	3
1. Piano triennale di prevenzione della corruzione: ruolo e funzioni .....	3
2. Responsabile della prevenzione della corruzione (Responsabile) .....	3
3. Le risorse a disposizione del Responsabile. Referenti, dirigenti e dipendenti.....	4
4. Altri soggetti.....	4
5. Gruppo di Area Vasta Anticorruzione e Trasparenza .....	5
6. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione .....	5
7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione .....	5
8. Controllo sui procedimenti amministrativi.....	12
9. Codice di Comportamento.....	12
10. Rotazione del Personale .....	12
11. Attività di formazione .....	13
12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione .....	14
13. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower).....	16
14. Patti di integrità.....	17
15. Rapporto con il Ciclo della Performance .....	17
16. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile .....	17
17. Responsabilità .....	17
18. Relazione dell'attività svolta.....	17
19. Obblighi di informazione.....	17
20. Controllo e prevenzione del rischio .....	17
21. Adeguamenti del Piano e pianificazione triennale.....	18
II – Trasparenza .....	20
22. Obblighi di trasparenza .....	20
23. Disposizioni finali .....	20

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 3 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	---

## SEZIONE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### 1. Piano triennale di prevenzione della corruzione: ruolo e funzioni

#### 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 di prevenzione della corruzione di ISPO (di seguito Piano), viene adottato tenuto conto delle indicazioni disponibili alla data di approvazione, in particolare della Legge n. 190/2012, della circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, del Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, approvato con DPR n. 62 del 17 aprile 2013, nonché del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013.

#### 1.2 Oggetto e finalità

Il concetto di “corruzione” preso in considerazione dal presente documento va inteso in senso lato, 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., che arrivano ad includere tutti i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice penale e i malfunzionamenti dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Scopo del Piano è l'individuazione, tra le attività di competenza dell'ISPO, di quelle più esposte al rischio di corruzione, e la previsione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei 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 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione nella pubblica amministrazione*”, ISPO ogni anno aggiorna il Piano triennale di prevenzione della corruzione, con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

### 2. Responsabile della prevenzione della corruzione (Responsabile)

Stante la peculiare caratteristica di ISPO, per la tipologia e natura dei dati da trattare afferenti a settori nei quali sono molteplici le professionalità coinvolte, l'Ente ha nominato con Delibera del Direttore Generale n. 137 del 13/12/2013 un unico Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile predispone ed/o aggiorna ogni anno entro il 31 gennaio, coadiuvato da un Gruppo di Lavoro e da tutti i Referenti di cui ai successivi paragrafi, il Piano sottoponendolo alla Direzione per l'approvazione.

Il Piano viene trasmesso, a cura del Responsabile, al Dipartimento della Funzione Pubblica/ANAC e pubblicato 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

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 4 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	---

- 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;
- proporre alla Direzione la valutazione delle modalità di applicazione del principio della rotazione degli incarichi, tenendo presenti i risultati effettivi dell'azione di monitoraggio sul rispetto dei principi del presente piano;
- 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 ciascun ufficio dell'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'Ente e dei suoi dipendenti.

### 3. Le risorse a disposizione del Responsabile. Referenti, dirigenti e dipendenti

Il Responsabile è coadiuvato da un Gruppo di lavoro, costituito con delibera del Direttore Generale n. 96 del 12/09/2013. I Referenti per la prevenzione della corruzione in 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 agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale; inoltre, adempiono agli obblighi previsti dalla normativa vigente, dal presente Piano e dalle misure comunicate dal Responsabile; essi ne sono direttamente responsabili.

Tutti 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 l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano 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.

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 della ricorrenza 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'ISPO. Tra questi sono compresi i soggetti componenti le Commissioni giudicatrici nell'ambito del reclutamento del personale.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 5 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	---

## 5. Gruppo di Area Vasta Anticorruzione e Trasparenza

Al fine dell'omogeneizzazione delle procedure inerenti gli adempimenti attuativi delle disposizioni contenute nella Legge n. 190/2012 e s.m.i., ISPO promuove e partecipa attivamente a tutte le iniziative che proiettino le azioni di cui al presente piano a livello di AREA Vasta. Attualmente opera un Gruppo di Area Vasta i cui membri sono i Responsabili Trasparenza e Anticorruzione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere comprese nel territorio dell'area vasta centro della regione toscana.

ISPO concorre all'interno del Gruppo:

- 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. A tale scopo le strutture di ISPO competenti per la gestione della formazione supportano direttamente il Responsabile;
- 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

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto di assunzione e/o all'atto di assegnazione all'ufficio, informa tempestivamente per iscritto la Direzione Aziendale e il Dirigente dell'ufficio di appartenenza, di tutti i rapporti di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

se in prima persona, o i suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

Fermo restando l'obbligo del Dirigente di osservare e vigilare sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi di lavoro da parte dei propri dipendenti, nel caso di comunicazione di informazioni rilevanti connesse all'attività o alle decisioni inerenti all'ufficio, il medesimo informa il Responsabile per le valutazioni di competenza.

Il dipendente, in caso di informazioni rilevanti connesse all'attività o alle decisioni inerenti all'ufficio, è tenuto comunque ad aggiornare semestralmente le suddette con relativa comunicazione alla S.C. Gestione, Amministrazione del personale e Organizzazione.

Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o all'esecuzione di attività che possano produrre effetti diretti su interessi propri, ovvero dei suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di Enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il dipendente si astiene, altresì, dal prendere decisioni o svolgere attività i cui effetti possano prodursi direttamente nei confronti di terzi e che appaiano conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

In particolare questo dovere di astensione riguarda le attività di commissario/presidente di Commissione di gara e commissione di concorso.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Nei casi suddetti il dipendente è tenuto a comunicare per iscritto al Dirigente della struttura di appartenenza la sua astensione e le relative motivazioni. Sull'astensione decide il suddetto Dirigente che potrà, in casi in cui emergano motivate situazioni di incertezza, avvalersi del parere del Responsabile della prevenzione della corruzione.

## 7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 6 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	---

### **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 nonché il Piano Nazionale Anticorruzione procedono già ad una prima diretta individuazione.

Le attività di ISPO, che si leggono nella tabella riportata di seguito, sono per la maggior parte una specificazione di quanto già individuato legislativamente, 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 alle suddette mansioni nelle unità organizzative deputate allo svolgimento quotidiano delle attività.

### **7.2 Principi per la gestione del rischio e principali rischi legati alle attività di ISPO**

Il presente Piano, in coerenza con le disposizioni contenute nel PNA si ispira ai seguenti principi di portata generale:

- la gestione del rischio ha una propria funzione creativa di valori sottesi all'operato di ISPO;
- la gestione del rischio ha una portata generale ed è da valutarsi in una visione d'insieme di tutte le funzioni dell'Ente;
- la gestione del rischio fa parte del processo decisionale ed è volta a disciplinare l'incertezza ed il quomodo del suo rimedio;
- l'approccio alla gestione del rischio deve essere di natura sistematica, tempestiva e strutturata;
- la gestione del rischio, basata sulle migliori informazioni disponibili, deve essere calata concretamente nel contesto esterno ed interno dell'Ente;
- la gestione del rischio deve essere tarata sulla base dei fattori umani e culturali;
- la gestione del rischio deve essere al tempo stesso trasparente, dinamica ed inclusiva di tutti gli interessi sottesi all'operato dell'Ente;
- la gestione del rischio costituisce non un mero adempimento burocratico, ma al contrario uno strumento utile per il continuo monitoraggio ed il miglioramento continuo dell'Ente.

### **7.3 Processo di gestione del rischio. Metodo, mappatura e valutazione delle aree di rischio**

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

Le fasi principali seguite vengono descritte di seguito e sono:

- 1) mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;
- 2) valutazione del rischio per ciascun processo;
- 3) trattamento del rischio.

#### **1) La 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.

#### **2) La valutazione del rischio**

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

- ▣ identificazione;
- ▣ analisi;
- ▣ ponderazione del rischio.

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 7 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	---

#### *L'identificazione del rischio*

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi nell'ambito dei processi selezionati a valle della fase di mappature.

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'amministrazione.

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.

#### *L'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.

Al fine di valutare 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.

#### *La 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.

Al fine di valutare 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.

Per omogeneizzare i comportamenti e le azioni sopra citate è stata approntata una metodologia di lavoro, condivisa dal gruppo dell'area vasta di cui all'art. 5, che costituisce uno strumento di supporto per la gestione del processo di rischio.

### **3) Il 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, proporrà le modalità di trattamento e la individuazione delle misure di sicurezza.

Le attività di cui ai punti n. 1, 2 e 3 sono state condotte così come riportato nella tabella seguente.

**MAPPATURA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

<b>Struttura coinvolta</b>	<b>Aree di rischio</b>	<b>Attività a rischio</b>	<b><u>Grado di rischio</u></b>
	<b>A1</b>		
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica  Commissioni Giudicatrici	Conferimento di incarichi di P.O.  Conferimento di Incarichi Dirigenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomina della commissione</li> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>• Comportamenti nel corso di svolgimento delle prove</li> <li>• Attività valutativa dei candidati (e valutazione curricula) coerente con i requisiti prefissati</li> <li>• Corretta custodia della documentazione</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A2</b>		
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica  Tutte le S.S. e S.C. coinvolte  Commissioni Giudicatrici  Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Procedure selettive per collaboratori esterni e consulenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>• Comportamenti nel corso del procedimento di conferimento incarico</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A3</b>		
S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF  Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Gestione del rapporto di lavoro del personale (nulla osta, attestazione presenze, compensi accessori, valutazione, autorizzazioni)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> </ul>	<b><u>MEDIO</u></b>



	<b>A4</b>		
S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. - ASF Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Affidamento incarichi esterni al personale ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svolgimento dell'attività valutativa di conflitti di interesse nei limiti della regolamentazione</li> <li>Comportamenti nel corso del procedimento di conferimento incarico</li> </ul>	<b><u>MEDIO</u></b>
	<b>A5</b>		
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica Singoli DEC e RUPA	Individuazione DEC (Direttori Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale") ex DPR 207/2010 e s.m.i.  Gestione esecuzione del contratto  Gestione rapporto diretto con i fornitori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomina: rispetto dei limiti di competenza e conflitto di interesse</li> <li>Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti delle fasi esecutive di contratti</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A6</b>		
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica S.S. Contabilità e Controllo di Gestione Tutte le S.S. e S.C. coinvolte Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Liquidazione e pagamento di lavori, servizi e forniture	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti di verifica secondo le regole di evidenza previste dalla legge</li> <li>Rispetto delle regole sull'ordine dei pagamenti e dei principi contabili</li> </ul>	<b><u>MEDIO/ALTO</u></b>
	<b>A7</b>		
Responsabile Formazione Esterna Referente Scientifico evento formativo	Conferimento incarichi di docenza per attività formative  Attestazione crediti formativi ECM  Gestione organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>Comportamenti nel corso del procedimento di conferimento incarico</li> <li>Valutazione della documentazione prodotta dai discenti</li> <li>Monitoraggio sull'assenza di conflitto di interessi e sulle sponsorizzazioni commerciali</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>

	<b>A8</b>		
Direzione Sanitaria Coordinatore Amministrativo S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica	Valutazione condotte (eventualmente illecite) dei dipendenti per l'adozione degli atti conseguenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomina e verifica dei requisiti dei componenti dell'ufficio (conflitto di interessi)</li> <li>• Attività di valutazione dei fatti</li> <li>• Rapporti con il dipendente sottoposto a procedimento</li> <li>• Corretta custodia della documentazione</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A9</b>		
S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica  Tutte le S.S. e S.C. coinvolte  Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Rimborsi spese personale dipendente e altri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività di verifica</li> <li>• Determinazione importi</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A10</b>		
Direzione Sanitaria S.C. Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amm.tiva e Tecnico-Scientifica  S.C. Contabilità Generale e Piano Investimenti - ASF	Gestione L.P. intramoenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività di verifica</li> <li>• Determinazione compensi</li> </ul>	<b><u>ALTO</u></b>
	<b>A11</b>		
S.S. Contabilità e Controllo di Gestione  Tutte le S.S. e S.C. coinvolte	Rimborsi spese cassa economale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività di verifica</li> <li>• Determinazione rimborsi</li> </ul>	<b><u>MEDIO</u></b>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 11 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

#### **7.4 Processo di gestione del rischio. Monitoraggio**

Tutte le attività sopra indicate dovranno essere oggetto di monitoraggio puntuale.

Il monitoraggio si dovrà incentrare sulle attività oggetto di rischio.

Con riferimento all'esito della valutazione dei rischi riportato nella tabella di cui sopra, ed in relazione alle funzioni proprie e caratterizzanti l'ISPO, si riportano in seguito alcuni indici presuntivi di rischio che dovranno costituire parte integrante di monitoraggio almeno trimestrale da parte dei Referenti:

##### **AREA A1**

- Mancanza dei requisiti necessari;
- disparità di criteri di valutazione.

##### **AREA A2 – A4**

- Assenza di un avviso pubblico o lasso di tempo troppo breve per ricevere candidature;
- previsioni di requisiti "personalizzati" allo scopo di reclutare candidati particolari;
- procedura è pubblicizzata in modo limitato (ad esempio solo tramite pubblicazione su media con scarsa diffusione);
- divulgazione di informazioni sensibili, non pubbliche o confidenziali;
- avviso pubblico contenente insufficienti informazioni e istruzioni per aiutare i candidati a preparare le loro domande;
- buste contenenti le domande non sigillate o aperte prima dell'inizio della sessione di valutazione;
- numero limitato di domande ricevute;
- forte somiglianza tra le domande;
- irragionevoli ritardi nel valutare le domande e selezionare il candidato;
- presenza di poteri forti tra i membri della commissione di valutazione;
- scarsa variabilità dei componenti delle commissioni selettive.

##### **AREA A3**

- Presenza di conflitti di interesse, anche potenziali;
- utilizzo improprio di istituti contrattuali;
- omissione o irregolare registrazione delle presenze/assenze attraverso orologio marcatempo.

##### **AREA A5**

- Sostituzione del prodotto o lavori al di sotto degli standard o servizi che non rispondono ai requisiti contrattuali;
- assenza di penali nel contratto;
- mancanza di idoneo reporting e tenuta delle modifiche contrattuali;
- mancanza documentazione idonea a comprovare forniture e servizi.

##### **AREA A6**

- Mancanza di controlli adeguati sui lavori, beni e servizi;
- rendiconti falsi e cattiva distribuzione dei costi tra i contratti;
- fatture false o duplicate per beni e servizi non forniti;
- mancanza documentazione idonea a comprovare forniture e servizi.

##### **AREA A7**

- Scarsa variabilità nel conferimento degli incarichi di docenza;
- non rispetto dell'orario previsto per il riconoscimento dei crediti formativi;
- scarsa adesione agli eventi formativi rispetto alla programmazione;
- non attinenza fra profilo professionale e contenuti dell'evento.

##### **AREE 8 - 9 – 10 – 11**

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

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 a campione sull'attività svolta con cadenza trimestrale e ne comunicano l'esito al Responsabile via mail entro il mese successivo.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 12 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

Il Responsabile potrà richiedere azioni diverse o aggiuntive.

La prima scadenza si individua nel mese di giugno 2014, per consentire la diffusione e la adeguata formazione in materia.

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

L'attuazione graduale delle disposizioni del presente Piano ha anche l'obiettivo di abbassare il grado di rischio rispetto a quanto risulta dalla fotografia sopra riportata.

Nel primo anno di vigenza del presente Piano il Responsabile procederà, tramite il coinvolgimento dei Dirigenti ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. I bis) del D.Lgs. n. 165/2001, a verificare ed eventualmente implementare il Risk assessment nelle aree di attività a maggiore rischio di corruzione sotto i seguenti aspetti:

- oggettivo, affinché un'analisi degli ambiti propri di competenza di ciascuna struttura dell'ISPO, porti all'individuazione di ulteriori aree di rischio o alla ridefinizione del grado di rischio in quelle già previste dal presente Piano;
- soggettivo, per arrivare ad un maggiore dettaglio del livello di rischio degli attori a seconda del ruolo che ricoprono nei procedimenti individuati.

Le azioni di cui al presente Piano sono comunque volte a prevenire la corruzione nella sua dimensione individuale e percepita, agendo sui meccanismi organizzativi e sociali nonché su quelli formativi e culturali. L'azione di prevenzione si intende rivolta verso tutte le dimensioni del fenomeno corruttivo.

### **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:

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

### **9. Codice di Comportamento**

E' in corso di adozione il Codice di Comportamento dell'Istituto, volto a esplicitare le regole di buona condotta, i doveri minimi di imparzialità e diligenza dei dipendenti di ISPO. Tale documento costituirà parte integrante sostanziale del presente Piano e dei suoi successivi aggiornamenti.

### **10. Rotazione del Personale**

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.

Preliminarmente, infatti, è richiesta la preventiva identificazione degli uffici e servizi che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione; tale azione è già stata effettuata nel presente Piano 2014 ma si prevede di perfezionarla ed affinarla ulteriormente. Il PNA richiama, inoltre, la necessità di effettuare tutti gli opportuni passaggi amministrativi e sindacali per la definizione delle procedure.

In secondo luogo occorre sottolineare che ISPO, per funzioni istituzionali e per le dimensioni, consta di Dirigenti e Funzionari per i quali 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'ente e del suo ruolo nel contesto del servizio sanitario regionale.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 13 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

## 11. Attività di formazione

A livello di Area Vasta sono stati concordati, su iniziativa di Estav Centro, due ordini di percorsi formativi.

Un percorso rivolto a tutto il personale che è già stato sperimentato il 19 dicembre 2013 in collaborazione con la ASL 10 che sarà qualificato come formazione obbligatoria; i destinatari di tale formazione saranno tutti i dipendenti di ISPO partendo da coloro che svolgono attività considerate maggiormente a rischio ( gestione contratti e concorsi) sino ad arrivare a coloro che operano in aree a basso rischio. Il modulo sarà differenziato a seconda delle classi dei destinatari ( anche se tale differenziazione appare minima non avendo ISPO personale medico-sanitario per il quale si prevede una formazione di AV mirata).

L'altro, con proposta di finanziamento regionale, rivolto a tutti i Responsabili Anticorruzione facenti parte del SSR.

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 ISPO, nel corso della vigenza del Piano, ritiene di sviluppare interventi di formazione/informazione, rivolti a tutto il proprio personale, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno e fornire la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio, articolati su più livelli:

- 1) un intervento di tipo "informativo" che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte in ISPO. Tale intervento dovrà necessariamente essere diretto alla generalità del personale ed avere un forte impatto comunicativo diretto a stimolare la condivisione di principi etici e il rifiuto dell'illegalità. Per questi motivi le modalità di erogazione non potranno limitarsi al "semplice" incontro d'aula e saranno articolate in modo da rendere il percorso formativo fruibile anche in momenti successivi (con possibilità di presidio/aggiornamento nel tempo);
- 2) una formazione "gerarchica" diretta ai Responsabili delle strutture (Dirigenti e Direttori di struttura, titolari di posizione organizzativa) con l'obiettivo di definire le responsabilità e le procedure da attivare per evitare/segnalare il verificarsi di episodi di corruzione tra il personale;
- 3) una formazione "periodica" (attivabile anche in modalità più 'flessibili', come il *tutoring* o il *mentoring*, ecc.) attivabile su richiesta in caso di nuove assunzioni o di assegnazione di nuovo personale alle strutture in cui è maggiormente presente il rischio di corruzione;
- 4) una formazione "intervento" da attivare nel caso sia rilevato un episodio di potenziale corruzione su istanza del Responsabile per la prevenzione della corruzione o dei Responsabili di struttura.

Caratteristica dei percorsi formativi proposti sarà la modularità, il cui obiettivo principale è di assicurare una formazione puntuale e continua che possa essere declinata in base ai diversi livelli di responsabilità e ai diversi livelli di "rischio" presenti nelle strutture dell'ISPO, la cui articolazione di massima non potrà prescindere dai seguenti contenuti:

- a) una parte introduttiva che spieghi cos'è la corruzione, cosa rientra in tale fattispecie ai fini del presente Piano, e le innovazioni previste dalla Legge n. 190/2012, compreso il conflitto di interessi, il Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche amministrazioni ed il Codice etico;
- b) il rischio della corruzione nel contesto ISPO, con la presentazione di esempi concreti applicati al contesto reale e/o a casi realmente accaduti, con esemplificazioni tipo: comportamenti apparentemente non dolosi che potrebbero invece rivelarsi fenomeni corruttivi;

L'efficacia di ogni intervento in argomento, in particolare se "mirato", è direttamente connessa alla possibilità di un simmetrico intervento organizzativo rispetto a processi e procedimenti e al suo concreto tradursi in fattispecie regolamentare a livello di ISPO.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 14 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

## 12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione

Il Responsabile deve vigilare sulla corretta applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e nel D.Lgs. n. 39/2013, in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni. A tale scopo ISPO redige un apposito regolamento contenente i criteri per il conferimento degli incarichi extraimpiego nonché per il riconoscimento degli incarichi vietati.

In particolare per quanto concerne le previsioni del D.Lgs. n. 39/2013, che riguarda ipotesi di inconfiribilità ed incompatibilità nel conferimento di incarichi amministrativi di vertice e di responsabilità amministrativa e gestionale:

### 12.1 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti - Capi III e IV del D.Lgs. n. 39/2013

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 di cui ai Capi II, III e IV del D.Lgs. n. 39/2013, in particolare:

- inconfiribilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione (Capo II, art. 3);
- inconfiribilità di incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni (Capo III, art. 4 e 5);
- inconfiribilità di incarichi a componenti di organi di indirizzo politico (Capo IV, art.8);

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

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

All'uopo la struttura competente al conferimento degli incarichi dirigenziali deve:

- richiedere al soggetto interessato un'autocertificazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità all'atto del conferimento dell'incarico, di cui sopra;
- richiedere l'inserimento, nel contratto di attribuzione di incarico, delle condizioni ostative al conferimento.

Le dichiarazioni di cui sopra, sono condizione per l'acquisizione di efficacia dell'incarico.

La situazione di inconfiribilità non può essere sanata.

Il Responsabile deve vigilare sulla corretta applicazione della normativa, pertanto la struttura aziendale competente al conferimento degli incarichi dirigenziali, deve tempestivamente comunicare al Responsabile l'incarico conferito i relativi accertamenti ed ogni altra criticità rilevata.

Nel caso in cui il Responsabile verifichi la sussistenza di cause di inconfiribilità, deve informarne tempestivamente la Direzione Aziendale (ed eventualmente il Rettore), che ha l'obbligo di astenersi dal conferire l'incarico e conferirlo nei confronti di altro soggetto.

A carico di coloro che hanno conferito incarichi dichiarati nulli, verranno applicate le specifiche sanzioni previste nel D.Lgs. n. 39/2013.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconfiribilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note al momento del conferimento e si appalesassero nel corso del rapporto, la struttura aziendale competente alla gestione degli incarichi deve tempestivamente informarne il Responsabile e la Direzione Aziendale (ed eventualmente il Rettore) che previa contestazione, dovrà rimuovere il Dirigente dall'incarico.

### 12.2 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali - Capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013

Le situazioni di incompatibilità sono previste ai Capo V e art.14 VI Capo del D.Lgs. n. 39/2013.

Per "incompatibilità" si intende la situazione che comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere a pena di decadenza, tra la permanenza in tale incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalla stessa pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

A differenza delle cause di inconfiribilità, le cause di incompatibilità possono essere rimosse, mediante la rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge valuta incompatibili.

Sono cause di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013:

- incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche in enti di diritto

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 15 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

- privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni, nonché lo svolgimento di attività professionali (Capo V, art. 10);
- incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico (Capo VI, art. 14).

La struttura aziendale competente al conferimento degli incarichi dirigenziali deve verificare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, la struttura aziendale deve informarne la Direzione Aziendale ed il Responsabile, che contesterà la circostanza all'interessato e vigilerà, affinché siano prese le misure conseguenti.

All'uopo la struttura aziendale competente al conferimento degli incarichi dirigenziali deve adottare:

- un modulo affinché i soggetti interessati rendano un'autocertificazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico;
- l'inserimento nel contratto di attribuzione di incarico delle cause di incompatibilità;
- un modulo di autocertificazione sull'insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui ai precedenti Capi del D.Lgs. n. 39/2013, che annualmente l'interessato deve presentare ai competenti uffici aziendali.

Nel caso in cui emerga una situazione di incompatibilità, la struttura aziendale competente deve informarne la Direzione Aziendale ed il Responsabile e previa contestazione all'interessato, lo invita a rimuovere la causa entro 15 giorni; in caso contrario, il soggetto interessato sarà dichiarato decaduto dall'incarico, con risoluzione del contratto di lavoro.

In caso di violazione delle previsioni di incompatibilità, l'incarico è nullo e si applicano specifiche sanzioni.

E' obbligo della struttura aziendale competente al conferimento degli incarichi dirigenziali di accertarsi che non vi siano cause di inconfiribilità ed incompatibilità al momento del conferimento degli incarichi ed in itinere, ai sensi del D.Lgs n. 39/2013, nonché predisporre idonea documentazione al fine di accogliere le autocertificazioni di inconfiribilità ed incompatibilità relative ai soggetti interessati.

Le dichiarazioni di autocertificazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità e incompatibilità di cui ai precedenti punti, devono essere pubblicate nel sito web dell'Istituto, sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Responsabile deve segnalare i casi di possibile violazione delle disposizioni del D.Lgs n. 39/2013 all'Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

La dichiarazione mendace accertata dal Responsabile nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta l'inconfiribilità di qualsivoglia incarico previsto dal D.Lgs. n. 39/2013 per un periodo di cinque anni.

Il D.Lgs. n. 39/2013 non trova applicazione per il personale di Staff che non esercita tipiche funzioni dirigenziali (come ad esempio funzioni di natura professionale, di studio e ricerca, nonché ispettive e di verifica).

Si applica invece ai Direttori di struttura complessa.

Il D.Lgs. n. 39/2013 si applica anche ai dirigenti Responsabili delle strutture semplici non inserite in strutture complesse; se invece la struttura semplice è inserita in una struttura complessa, non risulta applicabile, tranne il caso in cui al Dirigente responsabile di tale struttura semplice, venga attribuita significativa autonomia gestionale ed amministrativa.

All'atto del conferimento di qualsiasi incarico presso l'ISPO, al titolare va consegnata copia del presente Piano.

### **12.3 Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - art. 53 del D.Lgs. 165/2001**

I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di ISPO non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività di ISPO. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra sono nulli, ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con l'ISPO per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 16 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

Sono considerati dipendenti, ai fini dell'applicazione di tali divieti, anche i soggetti esterni titolari di incarichi, con cui l'amministrazione abbia stabilito comunque un rapporto di lavoro.

All'uopo l'ISPO prevede che ai fini dell'applicazione di tali disposizioni, la struttura competente al conferimento degli incarichi di cui al presente punto:

- inserisca nei contratti di assunzione una clausola che preveda il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente interessato;
- inserisca nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ISPO, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.

L'ISPO agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti, per i quali sia emersa la violazione di tali divieti contenuti.

Affinché il Responsabile possa vigilare sulla corretta applicazione di quanto previsto al presente paragrafo, la struttura competente al conferimento degli incarichi, relazionerà periodicamente sull'attività espletata, secondo scadenze concordate e informerà tempestivamente il Responsabile e la Direzione nell'eventualità si presentino violazioni della presente normativa.

#### **12.4 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione - art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001**

Il Responsabile deve vigilare riguardo alle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione, di cui all' art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al capo I del titolo II del libro II del c. p. "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione":

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni di cui sopra, sono nulli.

L'accertamento sui precedenti penali dei soggetti coinvolti avviene da parte delle competenti strutture, mediante acquisizione d'ufficio, ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

Se risultano a carico del personale interessato precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, la struttura deve darne tempestiva comunicazione al Responsabile ed alla Direzione, che si asterrà dal conferire l'assegnazione.

#### **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 triennale di prevenzione della corruzione 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, ed al Responsabile della prevenzione della corruzione, 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. I Responsabili di servizio che ricevono



 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 17 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

segnalazioni anonime valuteranno, nel caso concreto, l'opportunità di trasmettere le segnalazioni medesime al Responsabile della prevenzione della corruzione.

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 tutelati in caso di denuncia, in occasione delle iniziative formative legate alla prevenzione della corruzione nonché con apposita informazione sul sito web dell'Istituto.

#### **14. Patti di integrità**

ISPO adotterà il patto di integrità; i dirigenti competenti per materia dovranno adottare tale misura di sicurezza entro 6 mesi dalla sua adozione.

#### **15. Rapporto con il Ciclo della Performance**

ISPO dovrà adottare nel più breve tempo possibile un compiuto sistema di valutazione della performance nonché il relativo Piano.

Pur non avendo ancora previsto un sistema compiuto e definito per l'esatto monitoraggio della performance, la Direzione di ISPO inserirà progressivamente elementi della collaborazione e la valutazione del rischio, del monitoraggio e diffusione della cultura organizzativa 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 etico e di comportamento 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 dall'attività di ISPO.

#### **17. Responsabilità**

Il Responsabile nello svolgimento delle proprie funzioni di vigilanza e di monitoraggio degli adempimenti della normativa anticorruzione potrà elevare eventuali contestazioni sulle inadempienze alle previsioni di legge.

#### **18. Relazione dell'attività svolta**

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

#### **19. 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.

#### **20. Controllo e prevenzione del rischio**

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

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 18 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

- 1) raccolta di informazioni;
- 2) verifiche e controlli presso le strutture organizzative;
- 3) funzione di internal – audit;
- 4) verifica adempimenti sulla trasparenza.

Nel dettaglio tali azioni si articoleranno come segue:

1) raccolta di informazioni: il Responsabile raccoglierà informazioni da parte dei Dirigenti presso le unità organizzative secondo modalità:

- sincrona: periodicamente sarà chiesto al Dirigente un report sul rispetto dei tempi e della correttezza dei procedimenti amministrativi di competenza;
- asincrona: al verificarsi di ogni fenomeno di cui il Dirigente ritenga opportuno informare il Responsabile.

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 un indirizzo di posta elettronica istituzionale dell'ISPO scrivendo all'indirizzo di posta che sarà attivato ad hoc, nel pieno rispetto dell'art. 54 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;

2) verifiche e controlli presso le strutture organizzative: il Responsabile procederà, con l'ausilio di del Gruppo di lavoro, a verifiche presso gli Uffici dell'ISPO in cui sia presente almeno un ambito di attività tra quelle considerate a rischio di corruzione, al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità su un campione rappresentativo dei procedimenti amministrativi e di processi (intesi come catene di procedimenti che coinvolgono più unità organizzative) in corso o conclusi.

Nel primo anno di attuazione del sistema di monitoraggio (giugno 2014-giugno 2015) i controlli saranno concentrati sui procedimenti indicati dall'art. 1 comma 16 della Legge n. 190/2012 afferenti alle funzioni precipue di ISPO ed in particolare:

*a) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.*

Al completamento della mappatura delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, a seguito delle indicazioni che emergeranno dalle indicazioni pervenute dai Dirigenti come previsto al paragrafo 4, dal 2014 il monitoraggio sarà esteso anche agli ulteriori procedimenti ricompresi negli ulteriori ambiti così individuati.

Sulla base delle esperienze maturate nel primo anno di applicazione del Piano di prevenzione della corruzione di ISPO, potrà essere prevista e codificata una procedura specifica per le attività di controllo.

3) funzione di internal – audit: ISPO avvierà nel secondo anno di vigenza del presente documento un piano di internal audit, che nell'ambito delle attività previste per tale funzione (tra cui la definizione delle linee di indirizzo del sistema di Controllo Interno all'ISPO), integrerà delle azioni sinergiche anche nell'ambito del monitoraggio e controllo mirate alla prevenzione della corruzione.

La Legge n. 190/2012 prevede espressamente l'obbligatorietà della pubblicazione di talune informazioni, così come puntualmente delineate nel D.Lgs. n. 33/2013, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA."; peraltro tali adempimenti pubblicitari troveranno adeguata applicazione per questo ISPO nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) secondo la disciplina di cui all'articolo 10 del D.Lgs. n. 33/2013.

## 21. Adeguamenti del Piano e pianificazione triennale

La tabella sotto riportata sintetizza gli interventi previsti nel corso del triennio di riferimento:

Anno di attuazione	Azioni previste
--------------------	-----------------

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 19 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

<b>I anno</b>	Definizione del perimetro di azione delle attività di monitoraggio e controllo del Piano triennale di prevenzione della corruzione <b>Risk assessment</b> e sua implementazione per le aree indicate nel presente Piano (giugno 2014-giugno 2015)
<b>I anno</b>	<i>Gap analysis</i> sulle casistiche maggiormente significative
<b>I anno</b>	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 con individuazione, sulla base del Responsabile delle Azioni correttive per ciascuna attività individuata

<b>I anno</b>	Acquisizione presa d'atto, da parte dei dipendenti, del presente Piano
<b>I anno</b>	Attuazione delle azioni previste nel piano di formazione di cui al punto e delle azioni indotte, ivi compresa l'individuazione nominativa dei soggetti destinatari
<b>Anno di attuazione</b>	<b>Azioni previste</b>
<b>II anno</b>	Definizione delle procedure per l'individuazione del mancato rispetto delle tempistiche dei procedimenti, con particolare riferimento ai pagamenti
<b>II anno</b>	Prima applicazione delle procedure di verifiche e controllo, che costituiranno elementi della relazione che il Responsabile presenterà entro il 15 dicembre
<b>II anno</b>	Predisposizione del sistema di acquisizione delle segnalazioni e procedura di acquisizione periodica di dati/informazioni inerenti le attività di monitoraggio e controllo da parte dei soggetti (individui e/o unità organizzative) coinvolti
<b>II anno</b>	Censimento delle procedure di controllo a carico dei Responsabili di strutture organizzative e/o di procedimenti relativamente a fenomeni di corruzione
<b>II anno</b>	Analisi degli esiti dell'applicazione delle procedure attivate nel primo anno Azioni relative agli incarichi
<b>II anno</b>	Definizione di procedure di monitoraggio specifiche "ad hoc" per le criticità riscontrate in fase di prima applicazione del presente Piano
<b>Anno di attuazione</b>	<b>Azioni previste</b>
<b>III anno</b>	Reiterazione delle azioni del primo anno (formazione, eventuale revisione procedure adottate nel primo anno a seguito della prima applicazione)
<b>III anno</b>	Definizione di obiettivi da inserire tra gli obiettivi per il personale Dirigente e del comparto inerenti direttamente il tema della trasparenza e dell'anticorruzione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>  <b>TRIENNIO 2014 – 2016</b>	Codice Aziendale  Pagina 20 di 20 Edizione 1 Revisione 0
---	---	--

<b>III anno</b>	Analisi degli esiti dell'applicazione delle procedure attivate nel secondo anno; Azioni relative agli incarichi
<b>III anno</b>	Definizione di procedure di monitoraggio specifiche per le criticità riscontrate
<b>III anno</b>	Reiterazione delle azioni effettuate nel secondo anno (formazione, eventuale revisione procedure adottate nel secondo anno di vigenza del Piano)
<b>III anno</b>	Linee guida per le procedure di controllo effettuate dai Responsabili all'interno della struttura organizzativa e del procedimento di cui sono incaricati, a prescindere dai controlli effettuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione

## II – TRASPARENZA

### 22. Obblighi di trasparenza

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituisce parte integrante del Piano triennale di prevenzione della corruzione: funge da allegato tecnico, logicamente disgiunto dal presente Piano, al solo fine di favorire un processo efficiente di manutenzione del Programma.

La sezione "Amministrazione Trasparente", accessibile dalla home page di ISPO, 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.

Gli ulteriori dettagli sono indicati nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dell'ISPO.

### 23. Disposizioni finali

Il presente Piano entra in vigore dall'emanazione del provvedimento di adozione.