

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 1 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

Allegato “A” alla Deliberazione n.            del

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019**

**Gruppo di redazione:** Simona Benedetti, Guido Castiglione, Antonella Cipriani, Cristina Gheri, Teresa Macrì, Barbara Mengoni, Guido Miccinesi, Paolo Nardini

	<b>NOME E COGNOME</b>	<b>FUNZIONE</b>	<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>
REDAZIONE	Barbara Mengoni	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza		
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente Qualità e Accreditamento		
APPROVAZIONE	Gianni Amunni	Direttore Generale		

**INDICE**

1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) .....	3
2. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza .....	4
3. Risorse a disposizione del RPCT: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti, Posizioni Organizzative e Dipendenti.....	5
4. Altri soggetti.....	6
5. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione .....	6
6. Analisi del contesto .....	6
7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione .....	11
8. Controllo sui procedimenti amministrativi.....	20
9. Codice di Comportamento dei dipendenti .....	20
10. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione .....	20
11. Ulteriori azioni di prevenzione della corruzione.....	21
12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.....	24
13. Patti di integrità.....	24
14. Rapporto con il ciclo della performance .....	24
15. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	24
16. Relazione dell'attività svolta .....	25
17. Obblighi di informazione.....	25
18. Controllo e prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni.....	25
19. Pianificazione triennale delle azioni di prevenzione.....	26
20. Attività di formazione.....	29
21. Obblighi di trasparenza.....	30
22. Disposizioni finali .....	30

Allegato 1: Sezione Amministrazione Trasparente: obblighi di pubblicazione

Allegato 2: Mappatura dei processi

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 3 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

## 1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)

### 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 (PTPC) 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".

**Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015** "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"

**D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016** "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

**Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016** "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";

**Delibera ANAC n. 833 del 03.08.2016** "Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili";

**Delibera ANAC n. 1309 del 28.12.2016**, "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2 del D.Lgs. n. 33/2013";

**Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016** "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".

### 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,

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 4 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

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.

### *1.3 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza*

Su indicazione del Direttore Generale dell'Istituto obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione da tenere presenti nel corso dell'attuazione del presente Piano sono:

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

## **2. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza**

ISPO ha nominato con Delibera del Direttore Generale n. 188 del 29.07.2015 un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di seguito denominato RPCT.

Il RPCT 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 RPCT sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione".

Ai sensi della Legge n. 190/2012, del D.lgs. n. 33/2013 e di quanto previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (Delibera ANAC n. 831/2016), il RPCT deve, in particolare:

- provvedere al monitoraggio del Piano, 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;
- verificare, 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 istituzionale la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta, secondo lo schema predefinito e la tempistica indicata dall'ANAC;
- controllare e assicurare, insieme ai dirigenti responsabili, la regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnalare all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Per l'adempimento dei compiti previsti dalla Legge n. 190/2012 sopra esemplificati, il RPCT 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 e l'apposito Gruppo di lavoro di cui ai successivi paragrafi, audit interni presso le strutture organizzative di ISPO al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi.

Tutta l'attività sopra descritta verrà esercitata dal RPCT sempre in una ottica di collaborazione volta al miglioramento progressivo della prevenzione della corruzione in Istituto.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 5 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

### **3. Risorse a disposizione del RPCT: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti, Posizioni Organizzative e Dipendenti**

#### *3.1 Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione*

Il RPCT è coadiuvato dal “Gruppo di lavoro per la trasparenza e la prevenzione della corruzione” costituito con Deliberazione del DG n. 12 del 22.01.2015, integrato con lettera Prot. n. 1881 del 16.12.2015.

#### *3.2 Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza*

I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione, in ISPO 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 RPCT, 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 RPCT.

#### *3.3 Dirigenti*

I Dirigenti di ISPO:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, 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;
- 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;
- osservano le misure contenute nel Piano.

#### *3.4 Posizioni Organizzative*

Le Posizioni organizzative di ISPO:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, 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;
- 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;
- osservano le misure contenute nel Piano.

#### *3.5 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 RPCT 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.

In particolare, richiamando il D.P.R. 62/2013, art. 8 il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione e le prescrizioni contenute nel PTPC, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 6 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

Sempre ai sensi del suddetto articolo è previsto un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intero Istituto in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.

Per la fase di elaborazione del PTPC e dei relativi aggiornamenti, il RPCT può, quando necessario, chiedere supporto sulle tematiche specifiche alle strutture organizzative competenti, le quali sono tenute a rispondere entro i termini richiesti.

#### 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. 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.

La modulistica per il rilascio delle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento, prodotta da un gruppo di lavoro dedicato nominato dalla Direzione, è resa disponibile nel sito ISPO nella area riservata ai dipendenti, corredata con istruzioni per la compilazione e per la trasmissione.

#### 6. Analisi del contesto

Come previsto dal PNA, la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Istituto per via delle specificità dell'ambiente in cui esso opera.

##### 6.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera (dinamiche culturali, sociali, economiche e criminali del territorio) possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Non è possibile effettuare una analisi di contesto con le sole risorse dell'Istituto, ma è indispensabile avvalersi di altri organismi che possano fornire i dati per l'analisi.

Il Servizio Sanitario Regionale è stato interessato da una profonda riorganizzazione (Legge n. 84/2015).

Dal 1° gennaio 2016 sono state costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti.

- Azienda Usl Toscana centro (ex Usl 3 Pistoia, Usl 4 Prato, Usl 10 Firenze, Usl 11 Empoli)
- Azienda Usl Toscana nord ovest (ex Usl 1 Massa e Carrara, Usl 2 Lucca, Usl 5 Pisa, Usl 6 Livorno, Usl 12 Viareggio)
- Azienda Usl Toscana sud est (ex Usl 7 Siena, Usl 8 Arezzo, Usl 9 Grosseto).

Questo processo di cambiamento è ancora in atto all'interno del Servizio Sanitario Regionale e coinvolge oltre 50.000 operatori che lavorano nelle strutture sanitarie, pertanto le sinergie e le dinamiche tra i vari enti operanti nel territorio sono in fase di nuova definizione. E' inoltre necessario tenere presente che il cambiamento in un settore come la Sanità Pubblica ha ricadute anche a livello comunale e regionale.

L'impatto che tale trasformazione avrà sul contesto in cui l'Istituto si troverà ad operare e la relativa influenza nell'analisi del rischio di corruzione potrà quindi essere valutato solo in un secondo momento.

Con Legge Regionale Toscana n. 44 del 14.07.2016 "Ulteriori disposizioni in merito al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 3/2008" sono tra l'altro state introdotte alcune modifiche che riguardano l'Istituto:

CAPO XI Modifiche alla legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e prevenzione oncologica "CSPO").

Art. 36 Direttore generale. Modifiche all'articolo 4 della L.R. 3/2008;

Art. 37 Direttore sanitario. Modifiche all'articolo 6 della L.R. 3/2008;

Art. 38 Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore sanitario. Inserimento dell'articolo 6 bis nella L.R. 3/2008;

Art. 39 Regolamento di organizzazione e funzionamento. Modifiche dell'articolo 9 della L.R. 3/2008.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 7 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	--

Con la DGRT n. 1199 del 29.11.2016 avente ad oggetto “Indicazioni ed adempimenti alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale per il percorso attuativo di certificabilità” sono state in particolare definite le linee guida per il sistema di controllo interno del SSR per ridurre la probabilità e l’impatto di decisioni sbagliate, errori, frodi, violazioni di leggi, di regolamenti e procedure. Ai sensi di tale delibera, per implementare il sistema di controllo interno dal lato delle strutture e della solidità e qualità delle procedure, occorre che tutti gli enti del SSR costituiscono, se non ancora sviluppata, una specifica funzione di controllo interno finalizzata alla gestione del proprio sistema, composta da personale dedicato ed adeguatamente formato.

La nuova struttura dovrà operare in modo completamente autonomo rapportandosi direttamente con la direzione generale.

#### 6.2 *Analisi del contesto interno*

L’Istituto fa parte integrante della rete oncologica regionale, organizzata nell’Istituto Toscano Tumori (ITT), con il quale persegue l’obiettivo di una progressiva integrazione delle strutture amministrative e di governo clinico.

L’Istituto è sede del Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione oncologica - CRRPO (strumento tecnico della rete oncologica regionale per il monitoraggio dell’attività di screening organizzato con funzioni di supporto tecnico-professionale per i programmi aziendali) e dell’Osservatorio Nazionale Screening – ONS (funzione attribuita dal Ministero della Salute per il monitoraggio e valutazione dei programmi di screening a livello nazionale). L’Istituto assicura, inoltre, il supporto amministrativo al funzionamento dell’AIRTUM assumendone il coordinamento organizzativo.

Le attività e l’organizzazione dell’Istituto, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, sono rivolte ad assicurare:

- l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza;
- la massima integrazione dell’attività di ricerca nel campo biomedico e in quello dell’organizzazione e della gestione dei servizi sanitari con l’erogazione di prestazioni appropriate;
- l’integrazione e l’interazione tra le diverse professionalità;
- la massima accessibilità ai servizi per i cittadini;
- l’equità delle prestazioni da erogare;
- la formazione continua e l’aggiornamento degli operatori;
- la semplificazione dei procedimenti amministrativi e la soppressione dei procedimenti non rispondenti alle finalità e agli obiettivi fondamentali, quali definiti dalla legislazione nazionale e regionale di settore;
- la flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
- l’assunzione del sistema budgetario come metodologia per la gestione nel rispetto dei principi di programmazione e controllo;
- la condivisione delle risorse;
- il raggiungimento di obiettivi di qualità, di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell’attività;
- la valorizzazione, la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale dipendente a tutti i livelli, ciascuno per la propria professionalità.

Nel corso del 2016 è stato proseguito in Istituto internamente il processo di riorganizzazione avviato a fine dicembre 2015 (Regolamento di organizzazione e funzionamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 292 del 24/12/2015).

L’organizzazione dell’Istituto, come da Regolamento, è tesa a favorire e promuovere:

- l’autonomia e la responsabilità professionale;
- l’attribuzione dei livelli decisionali coerente con i livelli di responsabilità;
- la semplificazione e l’informatizzazione sistematica dell’attività;
- il collegamento operativo e la collaborazione con tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale.

Sono organi dell’Istituto il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale. Sono organismi di ISPO la Direzione Aziendale e l’Ufficio di Direzione.

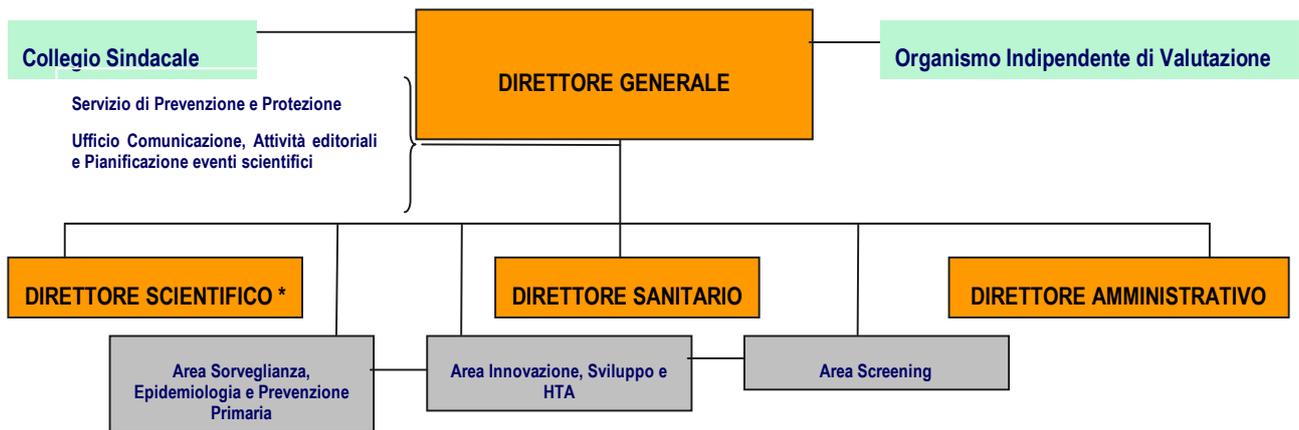
Le strutture organizzative dell’Istituto si individuano come strutture semplici e strutture complesse.

Sono strutture semplici quelle dotate di una propria autonomia tecnica e di risorse finalizzate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza assegnate.

Sono strutture complesse quelle che presentano un alto grado di complessità derivante dall’entità delle risorse umane, tecnologiche o finanziarie assegnate e/o dal volume ed omogeneità delle attività programmate e/o della

complessità quali/quantitativa ed organizzativa e di programmazione operativa delle prestazioni/attività che contribuiscono a produrre e/o dalla rilevanza di particolari esigenze di raccordo multiprofessionale richiedenti una definita strutturazione organizzativa e/o della valenza strategica per l'Istituto.

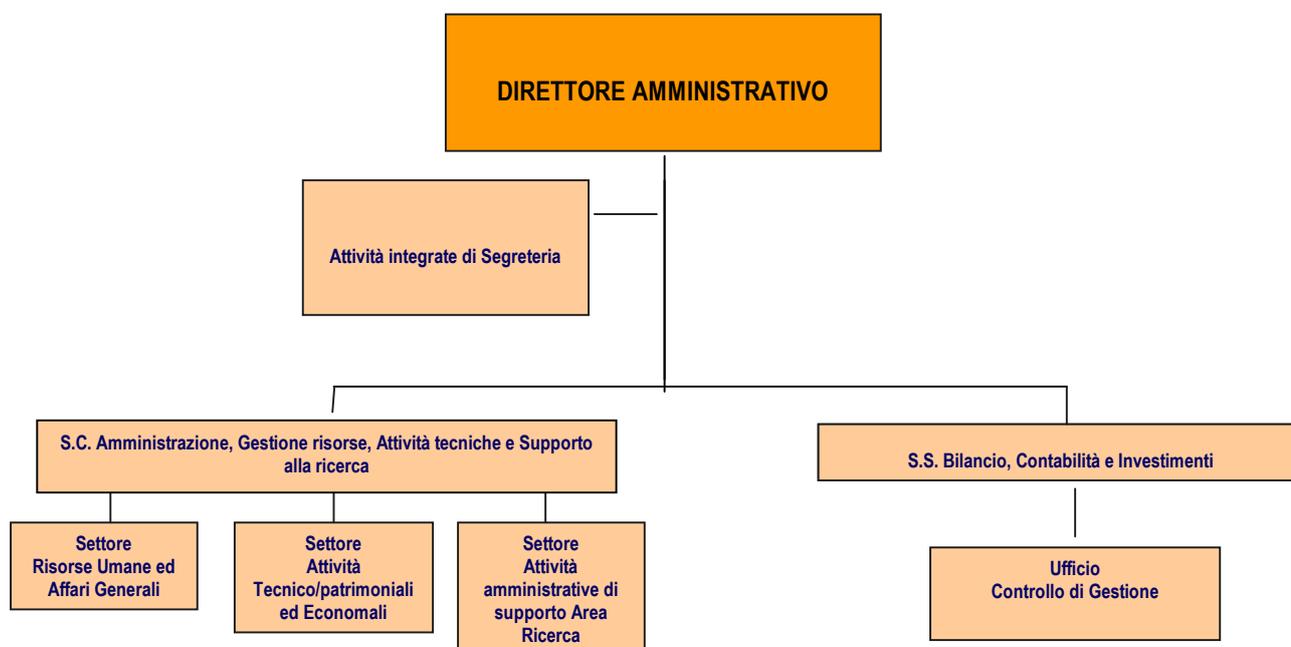
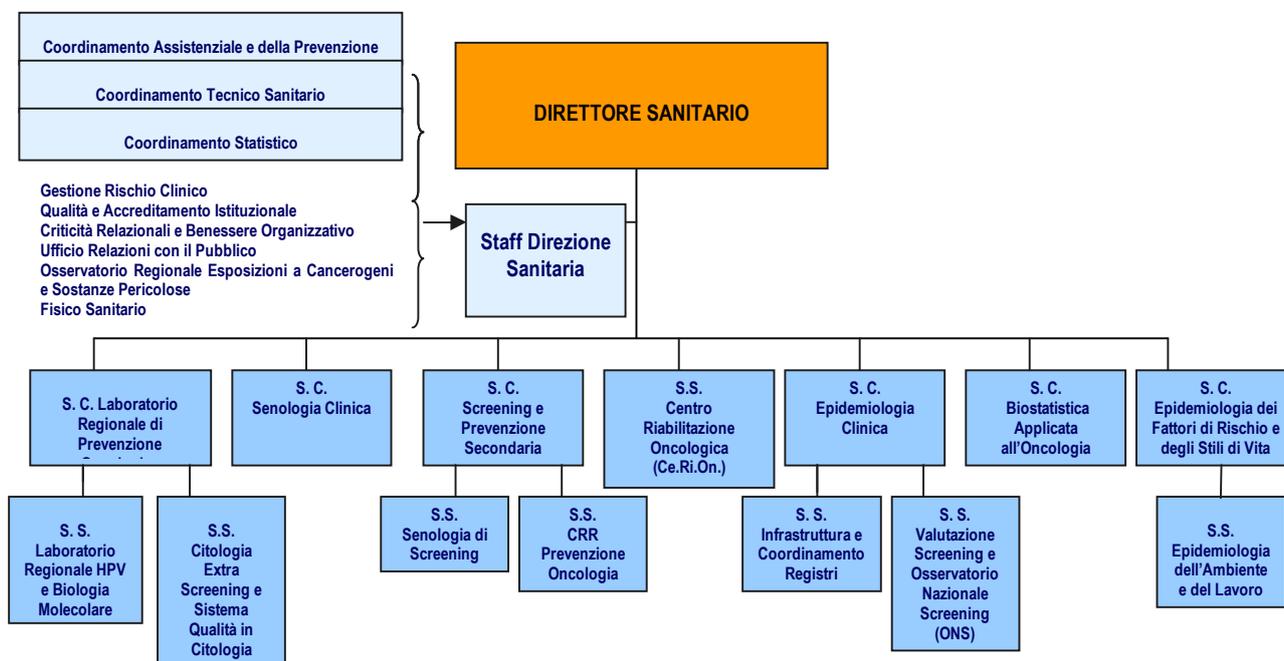
L'organigramma approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 292 del 24/12/2015 viene riportato di seguito.



### ORGANIGRAMMA AZIENDALE

\* In questa prima fase il Direttore generale identifica un COORDINATORE SCIENTIFICO

L'organizzazione dell'Istituto prevede, come di legge, un Referente Aziendale per la Privacy ed un Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione

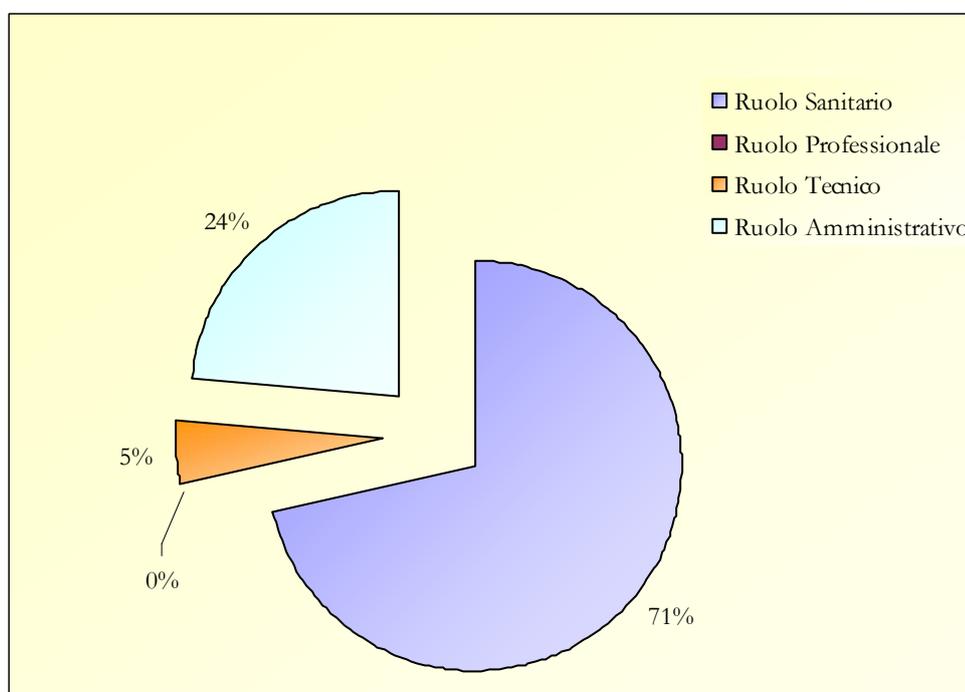


Relativamente al profilo professionale ed alla quantità del personale in servizio, di seguito si riporta nella tabella 1 e nel grafico 1 la rappresentazione dell'organico del personale dipendente al 31.12.2016.

**Tabella 1 - Organico del personale al 31.12.2016 suddiviso per ruolo ed area contrattuale**

Ruolo/area contrattuale	31/12/2016
<b>Sanitario</b>	<b>97</b>
Dirigenza medica e veterinaria	26
Dirigenza non medica	13
Comparto	58
<b>Professionale</b>	<b>0</b>
Dirigenza	0
Comparto	0
<b>Tecnico</b>	<b>7</b>
Dirigenza	0
Comparto	7
<b>Amministrativo</b>	<b>32</b>
Dirigenza	3
Comparto	29
<b>TOTALE</b>	<b>136</b>

**Grafico 1 – Composizione percentuale del personale suddiviso per ruolo**



L'Istituto, in base a quanto previsto dalla normativa vigente e dall'attuale Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, ha istituito e regolamentato il Comitato di Partecipazione, la cui sede è presso il presidio ISPO di Villa delle Rose.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 11 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

Il Comitato tramite le Associazioni di Volontariato rappresentate ed operanti attualmente presso l'Istituto, in accordo con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, affronta e discute temi quali:

- accoglienza dell'utenza;
- informazione ed educazione alla salute;
- umanizzazione delle cure;
- indagini di soddisfazione;
- miglioramento della qualità dei servizi;
- pubblica tutela.

Nell'ambito delle sinergie tra servizio pubblico ed associazioni no profit collaborano con l'Istituto LILT sezione Firenze - Servizio Donna come prima, Associazione La Finestra, Toscana Donna, Io sempre Donna, Voglia di Vivere, Associazione Italiana Prostatectomizzati (AIP), Associazione Stomizzati Toscani (ASToS), Associazione Italiana Laringectomizzati (AIL).

L'Istituto anche nel 2016 ha effettuato, con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative, la "mappatura dei processi", come riportati nell'allegato 2 del Piano, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e della peculiarità dell'attività stessa, risultano particolarmente esposte a rischi corruttivi, in aggiunta a quelle identificate dal PNA come "aree di rischio obbligatorie".

## **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", la Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" e la Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" hanno previsto uno approfondimento specifico per la "Sanità" introducendo ulteriori aree di rischio che necessitano opportuna analisi.

Le attività di ISPO elencate nella tabella 2 riportata di seguito sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le "attività" a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi, senza alcun riferimento alle singole persone preposte.

### *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 ridurlo.

#### 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".

Considerata l'importanza della mappatura dei processi, in Istituto nel 2016 è stato valutato di inserire tale adempimento tra gli obiettivi di budget per CdR.

L'elenco dei processi mappati è riportato nell'allegato 2 del presente Piano.

#### b. Valutazione del rischio

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 12 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

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 in qualità di Direttore di S.C./S.S. o di P.O., anche su impulso del RPCT, 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 ridurlo

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 ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di ridurre il livello di rischio, ciascun Referente in qualità di Direttore di S.C./S.S. o di P.O., anche su impulso del RPCT, deve proporre le modalità di trattamento e la individuazione delle misure di sicurezza.

**Tabella 2 – MAPPATURA AREE DI RISCHIO PRIORITARIE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A1</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO	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> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO
	<b>A2</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO  S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti	Affidamento incarichi di collaborazione esterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomina della commissione</li> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>• Svolgimento delle prove</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO  P.O. Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca ISPO

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A3</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti Struttura Gestione del personale, Azienda USL Toscana Centro	Gestione contratti di collaborazione esterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stesura del contratto</li> <li>• Esecuzione del contratto</li> <li>• Liquidazione corrispettivi</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO  P.O. Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca ISPO
	<b>A4</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti Struttura Gestione del personale, Azienda USL Toscana Centro	Gestione del rapporto di lavoro del personale in regime istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività di controllo</li> <li>• Correzione attraverso sistema elettronico di gestione dell'orario</li> <li>• Programmazione delle ferie</li> </ul>	<b>MEDIO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO



Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A5</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti Struttura Gestione del personale, Azienda USL Toscana Centro	Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego	<ul style="list-style-type: none"><li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li></ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO
	<b>A6</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO	Individuazione DEC (Direttori Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale")	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nomina del DEC e RUPA</li></ul>	<b>MEDIO</b>	P.O. Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche ISPO

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A7</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO  S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti ISPO	Gestione dell'esecuzione del contratto, liquidazione e pagamento di servizi e forniture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione rapporti con i fornitori</li> <li>• Attività di liquidazione</li> </ul>	<b>MEDIO</b>	P.O. Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche ISPO  Direttore S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti ISPO
	<b>A8</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO  S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti  Struttura Gestione del personale, Azienda USL Toscana Centro	Rimborsi spese (organi direzionali, dipendenti e collaboratori esterni)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>• Determinazione dell'importo da rimborsare</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A9</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti	Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del fabbisogno</li> <li>• Attribuzione del progetto</li> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali ISPO
	<b>A10</b>			
Direzione Sanitaria S.C., S.S. ISPO coinvolte	Libera professione intramoenia ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizzazione all'esercizio</li> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>• Prenotazione delle prestazioni</li> </ul>	<b>ALTO</b>	Direzione Sanitaria
	<b>A11</b>			
Direzione Sanitaria S.C., S.S. e Coordinamenti ISPO coinvolti	Formazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del fabbisogno</li> <li>• Attribuzione incarichi di docenza</li> <li>• Iscrizione ad eventi formativi individuali</li> </ul>	<b>MEDIO</b>	Direzione Sanitaria

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
	<b>A12</b>			
Coordinamento Tecnico Sanitario	Trasferimento ambulatori mobili	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pianificazione calendario annuale screening mammografico</li> </ul>	<b>MEDIO</b>	P.O. Coordinamento Tecnico Sanitario
	<b>A13</b>			
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione	Allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi carichi di lavoro</li> <li>Individuazione profilo di competenza</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione
	<b>A14</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. ISPO coinvolte	Appalti con affidamenti diretti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulazione e comunicazione dei fabbisogni</li> <li>Individuazione del fornitore</li> </ul>	<b>ALTO</b>	P.O. Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche ISPO
	<b>A15</b>			
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. ISPO coinvolte	Gestione finanziamenti finalizzati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stipula convenzioni con enti terzi per subcontracting e/o partnership</li> <li>Individuazione del contraente</li> </ul>	<b>MEDIO</b>	P.O. Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca ISPO

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 19 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

### 7.3 Monitoraggio delle aree di rischio prioritarie

Il monitoraggio sarà effettuato sulle attività relative alle aree di rischio prioritarie riportate nella tabella 2.

Con riferimento alle aree suddette, ed in relazione alle funzioni proprie e caratterizzanti l'ISPO, si riportano nella tabella 3 alcuni "indici presuntivi di rischio" che potranno costituire parte integrante del monitoraggio semestrale da parte del Responsabile del monitoraggio, di cui in tabella 2.

<b>Tabella 3 – INDICI PRESUNTIVI DI RISCHIO</b>	
<b>AREA DI RISCHIO</b>	<b>INDICI PRESUNTIVI DI RISCHIO</b>
A1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza dei requisiti necessari;</li> <li>- Mancanza di criteri di valutazione;</li> <li>- Mancanza del contratto individuale;</li> <li>- Non conformità del contratto individuale;</li> <li>- Presenza di conflitti di interessi rilevati o rilevabili.</li> </ul>
A2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisiti troppo specifici per la partecipazione alla selezione;</li> <li>- Numero limitato di domande ricevute (inferiori a 2);</li> <li>- Mancanza delle dichiarazioni previste dalla normativa rilasciate dai componenti della commissione;</li> <li>- Ricorrenza stessi candidati nelle varie selezioni;</li> <li>- Scarsa rotazione dei componenti delle commissioni selettive, ivi incluso il segretario.</li> </ul>
A3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza delle dichiarazioni previste dalla normativa rilasciate dai collaboratori;</li> <li>- Relazioni di attestazione dell'attività, ai fini della liquidazione dei compensi generiche e/o ripetitive;</li> <li>- Liquidazione di compensi con importo costante nel tempo.</li> </ul>
A4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo improprio degli istituti contrattuali;</li> <li>- Ricorrente utilizzo delle correzioni manuali all'orario ed alla causale di timbratura.</li> <li>- Mancato rispetto della programmazione delle ferie nei termini stabiliti</li> </ul>
A5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricorso improprio all'istituto dell'attività extra-impiego;</li> <li>- Non rispetto della tempistica dell'iter procedurale.</li> </ul>
A6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di competenze tecniche da parte del DEC in riferimento all'oggetto contrattuale;</li> <li>- Mancanza di rotazione nel ruolo di RUPA.</li> </ul>
A7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di reporting di controllo sulla fornitura di beni e servizi;</li> <li>- Fatturazione anticipata rispetto all'erogazione della fornitura di beni e servizi;</li> <li>- Mancanza documentazione a comprovare la corretta fornitura di beni e servizi;</li> <li>- Pagamenti effettuati prima della scadenza della fattura.</li> </ul>
A8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produzione di documentazione per il rimborso non idonea;</li> <li>- Richieste di rimborsi non ammissibili.</li> </ul>
A9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coincidenza tra proponente e beneficiario;</li> <li>- Ricorrenza dell'assegnazione allo stesso beneficiario;</li> <li>- Ridotto numero di beneficiari (inferiore a 2).</li> </ul>
A10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione di prestazioni superiore a quelle concordate;</li> <li>- Ricorrenza degli utenti che accedono alla libera professione anche nelle liste di prenotazione istituzionali.</li> </ul>
A11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricorrenza dello stesso personale a più eventi formativi;</li> <li>- Distribuzione non omogenea del monte ore di formazione tra le figure professionali.</li> </ul>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 20 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

A12	- Modifiche non programmate alla pianificazione del calendario
A13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richiesta di personale senza idonea quantificazione dell'impegno necessario;</li> <li>- Richiesta di profili professionali non adeguati ai compiti da svolgere.</li> </ul>
A14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricorrenza dello stesso fornitore;</li> <li>- Frequenza del ricorso agli affidamenti diretti;</li> <li>- Ricorso ad affidamenti diretti in presenza di gare ancora aperti per servizi similari.</li> </ul>
A15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricorrenza dello stesso contraente;</li> <li>- Ripartizione di quote rilevanti del finanziamento a favore di enti terzi;</li> <li>- Ripartizione di quote del finanziamento a favore di enti terzi senza rendicontazione economica.</li> </ul>

È compito dei Direttori S.C./S.S. e delle P.O. delle Strutture Organizzative a cui afferiscono le aree di rischio prioritario, individuare gli idonei indicatori di rischio per le aree di loro competenza e di garantirne il relativo monitoraggio semestrale.

I Responsabili del monitoraggio (di cui in tabella 2) effettuano il monitoraggio a campione oppure puntuale a seconda della fattispecie con cadenza semestrale e ne comunicano l'esito al RPCT.

Il RPCT potrà richiedere approfondimenti o indicatori ulteriori 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 n. 241/1990, 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.

#### **9. Codice di Comportamento dei dipendenti**

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Istituto, adottato con Deliberazione DG n. 263 del 22.12.2014, è 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.

E' previsto l'aggiornamento del Codice di Comportamento a seguito della adozione da parte di ANAC delle Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN.

#### **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. Occorre sottolineare che l'Istituto, 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. A seguito della riorganizzazione dell'Istituto attivata da dicembre 2015, è stata effettuata, in particolare nell'area amministrativa, una rotazione di alcuni dipendenti tra uffici diversi.

Sono state inoltre individuate ed attribuite nel 2016 tre Posizioni Organizzative amministrative presso la S.C. Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca, la cui direzione al momento di approvazione di questo PTPC è attribuita ad interim al Direttore Amministrativo.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 21 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

### 10.1 Misure alternative alla rotazione del personale

Si prevede nel corso del 2017 di mettere in atto quanto segue:

- il responsabile del procedimento non deve coincidere con il dirigente della Struttura Proponente; è ammessa l'eccezione in casi particolari (ad esempio assenza di personale) e comunque non inerenti gli atti amministrativi relativi alle aree di rischio di cui alla tabella 2;
- affiancamento di un dipendente dello stesso ufficio o di altro ufficio al responsabile del procedimento durante l'espletamento delle fasi procedurali nelle attività delle aree di rischio di cui alla tabella 2.

Stanti le dimensioni dell'Istituto queste misure saranno oggetto di sperimentazione e di valutazione in merito alla effettiva fattibilità, anche in considerazione della produttiva e dell'efficienza a livello aziendale.

## 11. Ulteriori azioni di prevenzione della corruzione

### 11.1 Incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi

Gli uffici che supportano gli organi competenti al conferimento degli incarichi devono verificare, dandone evidenza, 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.

Dopo aver effettuato la verifica delle dichiarazioni rilasciate dal soggetto a cui dovrà essere attribuito l'incarico, i Responsabili dei suddetti uffici devono darne comunicazione scritta al RPCT come previsto dal PNA 2016 in materia di accertamento sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013.

La modulistica per il rilascio delle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento, prodotta da un gruppo di lavoro dedicato nominato dalla Direzione, è resa disponibile nel sito ISPO nell'area riservata ai dipendenti, corredata con istruzioni per la compilazione e per la trasmissione.

### 11.2 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. 165/2001 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 preconstituirsì 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.

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".

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. 163/2006). Per "cessazione del rapporto di pubblico impiego" deve intendersi qualunque causa di cessazione del rapporto con l'amministrazione e quindi anche il caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione.

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 (con conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione) ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 22 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

### 11.3 *Composizione delle Commissioni di concorso*

Ai fini della costituzione delle Commissioni di concorso si richiama quanto contenuto nel D.Lgs. n. 165/2001 art. 35, comma 3, Reclutamento del personale:

“Le procedure di reclutamento nelle pubbliche amministrazioni si conformano ai seguenti principi:

- a) adeguata pubblicità della selezione e modalità di svolgimento che garantiscano l'imparzialità e assicurino economicità e celerità di espletamento, ricorrendo, ove è opportuno, all'ausilio di sistemi automatizzati, diretti anche a realizzare forme di preselezione;
- b) adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire;
- c) rispetto delle pari opportunità tra lavoratrici e lavoratori;
- d) decentramento delle procedure di reclutamento;
- e) composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso, scelti tra funzionari delle amministrazioni, docenti ed estranei alle medesime, che non siano componenti dell'organo di direzione politica dell'amministrazione, che non ricoprano cariche politiche e che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali”.

Al fine di ridurre i rischi legati al buon esito delle procedure di selezione e reclutamento del personale si riportano i principi rafforzati dalle seguenti sentenze/pareri a cui l'Istituto si deve attenere nell'espletamento di tali procedure.

Sentenza del Consiglio di Stato n. 2104/2012: in merito all'assunzione della funzione di Presidente della Commissione la causa di incompatibilità rispetto al ruolo di rappresentante sindacale nella veste di “segretario della commissione” non costituisce un elemento invalidante poiché la normativa vigente si riferisce ai componenti in senso stretto della commissione ossia ai soli soggetti aventi funzioni decisionali, con conseguente esclusione dei segretari che assumono un ruolo di assistenza e supporto. Da tale sentenza emerge il seguente orientamento:

“Non è sufficiente, infatti, la mera appartenenza ad un partito, ma vi deve essere comunque un qualche elemento di possibile incidenza tra l'attività esercitabile da colui che ricopre cariche politiche, sindacali o professionali e l'attività dell'ente che indice il concorso, altrimenti la disposizione verrebbe a generalizzare in modo eccessivo e senza adeguata giustificazione il sospetto di imparzialità anche nei confronti di soggetti che non gestiscono alcun potere rilevante e perciò non siano comunque idonei, sia pure da un punto di vista astratto, a condizionare la vita dell'ente che indice la selezione”. In altre parole, rappresenta condizione necessaria affinché vi sia un caso d'incompatibilità: il potere di incidere, anche solo teoricamente, da parte del titolare della carica politica sulle attività proprie dell'ente che ha bandito il concorso.

Sentenza del TAR Sicilia n. 2397/2016: nelle procedure di concorso costituiscono cause di incompatibilità dei componenti la Commissione esaminatrice, oltre ai rapporti di coniugio e di parentela e di affinità fino al quarto grado, le relazioni personali fra esaminatore ed esaminando, che siano tali da far sorgere il sospetto che il candidato sia stato giudicato non in base al risultato delle prove, ma in virtù delle conoscenze personali, o comunque, di circostanze non ricollegabili alle esigenze di un giudizio neutro o interesse diretto o indiretto e comunque tali da ingenerare il fondato dubbio di un giudizio non imparziale, ovvero stretti rapporti di amicizia personale.

### 11.4 *Ruolo del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) ai fini della prevenzione della corruzione*

Ai fini della prevenzione della corruzione, le Linee Guida dell'ANAC (Deliberazione ANAC n. 1096 del 26 ottobre 2016) attuative del nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. n. 50/2016) forniscono indicazioni sul ruolo e le funzioni del RUP e del DEC, che in via ordinaria possono coincidere.

Le Linee Guida dell'ANAC per il RUP dettagliano i requisiti di professionalità e competenze necessarie per gli appalti di lavori e per gli appalti di servizi e forniture.

L'Istituto non effettua appalti di lavori, mentre per quanto riguarda gli appalti di servizi e forniture, vista la specifica professionalità necessaria, un mancato presidio da parte del personale a ciò specificamente preposto, oltre a non garantire una ottimizzazione dell'efficienza interna, aumenterebbe il rischio di non rispettare in modo corretto tutti gli obblighi connessi.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 23 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

Considerato quanto sopra, i requisiti di professionalità del RUP e del DEC per appalti di servizi e forniture e concessioni di servizi non possono prescindere da quanto previsto dalle sopra citate Linee Guida e che a seguire si riporta.

Il RUP deve essere in possesso di adeguata esperienza professionale maturata nello svolgimento di attività analoghe a quelle da realizzare in termini di natura, complessità e/o importo dell'intervento, alternativamente:

- a) alle dipendenze di stazioni appaltanti, nel ruolo di RUP o nello svolgimento di mansioni nell'ambito tecnico/amministrativo;
- b) nell'esercizio di un'attività di lavoro autonomo, subordinato o di consulenza in favore di imprese.

Il RUP deve essere in possesso di una specifica formazione professionale soggetta a costante aggiornamento, commisurata alla tipologia e alla complessità dell'intervento da realizzare. Nello specifico:

a) Per i servizi e le forniture di importo inferiore alle soglie comunitarie, il RUP deve essere in possesso di diploma di istruzione superiore di secondo grado rilasciato da un istituto tecnico superiore al termine di un corso di studi quinquennale e un'anzianità di servizio ed esperienza di almeno cinque anni nell'ambito dell'affidamento di appalti e concessioni di servizi e forniture.

Per i servizi e le forniture pari o superiore alle soglie comunitarie, il RUP deve essere in possesso di diploma di laurea triennale, magistrale o specialistica e di un'anzianità di servizio ed esperienza di almeno cinque anni nell'ambito dell'affidamento di appalti e concessioni di servizi e forniture. Possono svolgere, altresì, le funzioni di RUP coloro che sono in possesso di diploma di istruzione superiore di secondo grado rilasciato da un istituto tecnico superiore al termine di un corso di studi quinquennale e un'anzianità di servizio ed esperienza di almeno dieci anni nell'ambito dell'affidamento di appalti e concessioni di servizi e forniture.

b) Per appalti che rivestono particolare complessità, vale a dire che richiedano necessariamente valutazioni e competenze altamente specialistiche, è necessario, il possesso del titolo di studio nelle materie attinenti all'oggetto dell'affidamento. Per gli acquisti attinenti a categorie particolari di prodotti o servizi (es. dispositivi medici, dispositivi antincendio, sistemi informatici) la stazione appaltante può richiedere, oltre ai requisiti di anzianità di servizio ed esperienza di cui alle lettere a) e b), il possesso della laurea magistrale o quinquennale, di specifiche competenze e/o abilitazioni tecniche o dell'abilitazione all'esercizio della professione, se previsto dalle vigenti disposizioni di legge.

In Istituto al fine di garantire la massima professionalità e competenza delle figure previste dalla normativa si prevede la nomina del DEC in aggiunta al RUP nei casi espressamente previsti dalle sopra citate Linee Guida ANAC:

- a. prestazioni di importo superiore a 500.000 euro;
- b. interventi particolarmente complessi sotto il profilo tecnologico;
- c. prestazioni che richiedono l'apporto di una pluralità di competenze (es. servizi a supporto della funzionalità delle strutture sanitarie che comprendono trasporto, pulizie, ristorazione, sterilizzazione, vigilanza, socio sanitario, supporto informatico);
- d. interventi caratterizzati dall'utilizzo di componenti o di processi produttivi innovativi o dalla necessità di elevate prestazioni per quanto riguarda la loro funzionalità;
- e. per ragioni concernenti l'organizzazione interna alla stazione appaltante, che impongano il coinvolgimento di unità organizzativa diversa da quella cui afferiscono i soggetti che hanno curato l'affidamento.

Nel caso non venga nominato il DEC, in Istituto il Direttore Generale su proposta del RUP individua il "responsabile interno del contratto" che supporta il RUP nella fase esecutiva del contratto attestando il regolare svolgimento della fornitura e segnalando eventuali non conformità.

Nel caso di "acquisti centralizzati", il RUP nominato dalla stazione appaltante, in coordinamento con il DEC, ove nominato, assume i compiti di cura, controllo e vigilanza del processo di acquisizione con particolare riferimento alle attività di:

1. programmazione dei fabbisogni;
2. progettazione, relativamente all'individuazione delle caratteristiche essenziali del fabbisogno o degli elementi tecnici per la redazione del capitolato;
3. esecuzione contrattuale;
4. verifica della conformità delle prestazioni.

Il RUP del modulo aggregativo svolge le attività di:

1. programmazione, relativamente alla raccolta e all'aggregazione dei fabbisogni e alla calendarizzazione delle gare da svolgere;

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 24 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

2. progettazione degli interventi con riferimento alla procedura da svolgere;
3. affidamento;
4. esecuzione per quanto di competenza.

#### *11.5 Individuazione del Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)*

Ai sensi del PNA 2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento, almeno annuale, dei dati ed ad indicarne il nome all'interno del PTPC. Tale soggetto nominato dalla stazione appaltante quale responsabile per l'Anagrafe Unica provvederà alla verifica ed al successivo aggiornamento delle informazioni presenti nell'AUSA. Alla data di redazione del Piano il RPCT ha provveduto a sollecitare l'individuazione di tale figura tra i dipendenti dell'Istituto in possesso di idonee competenze.

#### *11.6 Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN*

Al fine di garantire la massima trasparenza, ai sensi della normativa vigente, sono stati individuati e registrati i dipendenti che devono rendere on line nel portale di Agenas la dichiarazione pubblica di interessi. I dipendenti tenuti al rilascio sono i componenti della Direzione Aziendale, i Direttori di S.C. ed S.S. e i titolari di P.O.

### **12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito**

Al fine di tutelare i dipendenti che effettuano segnalazioni di illeciti ed irregolarità, è stata adottata dall'Istituto una specifica procedura "Procedura per la segnalazione di illeciti ed irregolarità (c.d. whistleblowing)" Codice Aziendale TP001, che è stata opportunamente diffusa.

Come azione di miglioramento del triennio, si auspica, per una maggiore tutela del segnalante, l'attivazione di un sistema di segnalazione informatizzato tramite il sito istituzionale.

### **13. 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.

### **14. Rapporto con il ciclo della performance**

L'Istituto è in fase di revisione del sistema di valutazione individuale della performance. In tale revisione dovrà essere previsto l'inserimento 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 dipendenti titolari di posizioni organizzative.

Il Piano della Performance si realizza operativamente attraverso la negoziazione annuale di budget con i singoli Centri di Responsabilità (CdR).

Recependo le indicazioni della normativa in materia e per rendere maggiormente sinergico il PTPC con il Piano della Performance dell'Istituto, si prevede di tradurre gli obiettivi di prevenzione della corruzione in obiettivi assegnati ai CdR attraverso la previsione di specifici item nelle schede di budget.

A tal fine il RPCT sarà coinvolto nella individuazione degli obiettivi annuali di budget dei CdR.

### **15. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Nell'ottica della massima divulgazione del canone della legalità, il RPCT, 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.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 25 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

### 16. Relazione dell'attività svolta

Il RPCT pubblica nel sito istituzionale la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta, secondo lo schema predefinito e la tempistica indicata dall'ANAC.

### 17. Obblighi di informazione

Il presente Piano è diffuso a tutto il personale di ISPO ed è comunque consultabile nel sito dell'Istituto nella sezione Amministrazione Trasparente. Dovrà essere inoltre consegnato al personale neoassunto o neoinserto al momento della presa di servizio.

### 18. Controllo e prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni

Il RPCT procederà alla verifica dell'adempimento del presente Piano anche attraverso le seguenti azioni complementari:

- raccolta di informazioni;
- verifiche e controlli presso le strutture dell'Istituto (in particolare verifica dei rilievi del collegio sindacale e dell'OIV attraverso l'analisi dei verbali e di apposita reportistica contenente i rilievi effettuati e le azioni poste in essere conseguentemente);
- verifica adempimenti sulla trasparenza attraverso monitoraggi periodici, trasmessi mensilmente all'OIV ed alla Direzione.

Il RPCT 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.

Il RPCT procederà, con l'ausilio del Gruppo di lavoro, a verifiche, in via prioritaria e mediante la metodologia dell'Audit (vedi tabella 4), presso le strutture dell'Istituto le cui aree risultano qualificate a maggiore esposizione a rischio a seguito della valutazione del rischio di cui alla tabella 2 del presente documento.

La realizzazione degli Audit rappresenta tra l'altro una azione mirata a rispondere ai seguenti obiettivi strategici:

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

**Tabella 4 – Programmazione degli Audit**

Audit 2017	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.C. Senologia Clinica	- Gestione processi sanitari ambulatoriali
Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche	A14 Appalti con affidamenti diretti - Gestione patrimonio aziendale
Settore Risorse Umane ed Affari Generali	A5 "Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego" A8 "Rimborsi spese" A9 "Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva"
S.C. ed S.S. che svolgono attività libero professionale	A10 "Libera professione intramoenia ambulatoriale"

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 26 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

Audit 2018	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	- Gestione processi sanitari ambulatoriali
S.C. Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita	A15 Gestione finanziamenti finalizzati

Nel corso del 2016 è stato effettuato l'Audit presso le seguenti aree di rischio individuate nel PTPC 2016-2018:

- A1 Conferimento di incarichi di P.O. e Conferimento di Incarichi Dirigenziali;
- A2 Affidamento incarichi di collaborazione esterna;
- A3 Gestione contratti di collaborazione esterna.

La Struttura interna coinvolta è stata la S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca.

Le Posizioni Organizzative interessate sono state la P.O. Settore Risorse Umane ed Affari Generali per quanto riguarda l'Area A1 "Conferimento incarichi P.O. e Conferimento incarichi dirigenziali" e la P.O. "Settore Attività Amministrative di supporto Area Ricerca" per quanto riguarda le Aree A2 "Affidamento incarichi di collaborazione esterna" e A3 "Gestione Contratti di Collaborazione esterna".

Il RPCT insieme al Gruppo di lavoro dedicato, ha elaborato quesiti specifici da sottoporre ai Settori interessati e trasmesso ai medesimi, in anticipo rispetto alla data fissata per l'Audit, il file excel.

Il questionario compilato per le parti di pertinenza dalle rispettive P.O. è stato riconsegnato al Gruppo prima dello svolgimento dell'Audit.

Nel giorno fissato il Gruppo di verifica insieme alla P.O. competente ha esaminato le risposte fornite e analizzato il materiale documentale. Nel corso della verifica sono emerse alcune criticità e delle possibili azioni di miglioramento.

### 19. Pianificazione triennale delle azioni di prevenzione

La tabella sottostante riporta in sintesi le principali azioni previste nel triennio.

**Tabella 5 – Principali azioni previste per aree di rischio ed obiettivi strategici correlati**

**Obiettivo 1:** ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;

**Obiettivo 2:** aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;

**Obiettivo 3:** creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2016	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2017-2019 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A1 Conferimento di incarichi di P.O.  Conferimento di Incarichi di Dirigenziali	Delibera DG ISPO n. 95/2015 Approvazione Regolamento P.O.  Delibera DG ISPO n. 25/2016 per Selezione pubblica per attribuzione delle P.O.	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Realizzazione regolamento incarichi della dirigenza - <b>Obiettivo 1</b>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 27 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2016	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2017-2019 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A2 Affidamento incarichi di collaborazione esterna	Delibera DG ISPO n. 262/2016 (determinazione fasce economiche per collaborazioni esterne)	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Applicazione Job Act sulle collaborazioni esterne - <b>Obiettivo 1</b>
A3 Gestione contratti di collaborazione esterna	Delibera DG ISPO n. 72/2016 regolamentazione liquidazione compensi dei collaboratori esterni	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Uniformare modalità di pagamento dei contratti autonomi - <b>Obiettivo 1</b>

A4 Gestione del rapporto di lavoro del personale in regime istituzionale	Formazione su temi relativi all'assunzione nel pubblico impiego, diritti e doveri dei dipendenti pubblici, procedimenti disciplinari	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Realizzazione regolamento orario della dirigenza - <b>Obiettivo 1</b>  Realizzazione regolamento sull'utilizzo delle ferie e delle eccedenze orarie - <b>Obiettivo 1</b>
A5 Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego	-----	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Realizzazione regolamento - <b>Obiettivo 1</b>
A6 Individuazione DEC (Direttori Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale")	-----	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Applicazione dei requisiti per l'individuazione previsti dalle Linee Guida ANAC- <b>Obiettivo 1</b>
A7 Gestione dell'esecuzione del contratto, liquidazione e pagamento di servizi e forniture	Procedura in fase di approvazione	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Pubblicazione degli atti relativi alle procedure di affidamento di servizi, lavori e forniture dei beni - <b>Obiettivo 2 e 3</b>  Superamento frammentazione delle funzioni fra più uffici e riconduzione della funzione ad un unico ufficio - <b>Obiettivo 1</b>
A8 Rimborsi spese	-----	Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b>  Revisione del Regolamento sulle missioni e rimborso spese. - <b>Obiettivo 1</b>  Redazione di una procedura per ridurre il ricorso all'istituto dei rimborsi - <b>Obiettivo 1</b>

AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2016	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2017-2019 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A9 Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva	<p>Delibera DG ISPO n. 127/2016 per approvazione progetti incentivanti</p> <p>Delibera DG ISPO n. 184/2016 per approvazione bando e schede progetti incentivanti</p> <p>Delibera DG ISPO n. 184/2016 per attribuzione progetti incentivanti</p>	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Attivare sistema di rotazione per l'attribuzione dei progetti incentivanti nell'ambito di un tetto massimo annuale procapite per figura professionale - <b>Obiettivo 1</b></p>
A10 Libera professione intramoenia ambulatoriale	-----	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Aggiornamento del regolamento - <b>Obiettivo 1</b></p>
A11 Formazione del personale	<p>Sospensione eventi scientifici con numero di partecipanti non sufficiente</p> <p>Non prevista la partecipazione agli eventi scientifici senza preventiva iscrizione</p>	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Inserimento della quota di iscrizione per gli eventi scientifici dell'Istituto - <b>Obiettivo 1</b></p>
A12 Trasferimento ambulatori mobili	Area non presente nel PTPC 2016-2018	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Monitoraggio ed analisi degli eventi extra-calendario - <b>Obiettivo 2</b></p> <p>Definizione di iter procedurali ad hoc - <b>Obiettivo 1</b></p>
A13 Allocazione delle risorse umane	Area non presente nel PTPC 2016-2018	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Garantire il coinvolgimento del gestore delle risorse nella individuazione del profilo professionale più idoneo alle attività richieste - <b>Obiettivo 2 e 3</b></p>
A14 Affidamenti diretti di beni e servizi	Area non presente nel PTPC 2016-2018	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Monitoraggio degli affidamenti diretti attraverso idoneo flusso informativo a carico del RUP da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale - <b>Obiettivo 2 e 3</b></p>
A15 Gestione finanziamenti finalizzati	Area non presente nel PTPC 2016-2018	<p>Attivazione di una struttura di Internal Audit - <b>Obiettivo 3</b></p> <p>Monitoraggio delle convenzioni con enti terzi da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale - <b>Obiettivo 2 e 3</b></p>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 29 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

--	--	--

## 20. Attività di formazione

### 20.1 Oggetto e finalità

La normativa 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;
- 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;
- organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.

L'Istituto ritiene di sviluppare anche in questo triennio 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.

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

Gli incontri avranno ad oggetto principalmente i contenuti del PTPC e del Codice di comportamento dei dipendenti. 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:

- 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).

### 20.2 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, opera in ambiti esposti a rischio di corruzione.

La formazione "specificata" coinvolgerà il RPCT ed i Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza di ISPO, di cui al paragrafo 3.2.

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.

### 20.3 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.

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" 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 RPCT.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 30 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

## 21. Obblighi di trasparenza

Ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016 costituisce parte integrante del PTPC l'allegato 1 "Sezione Amministrazione Trasparente: obblighi di pubblicazione" che costituisce una rappresentazione della sezione "Amministrazione Trasparente", accessibile dalla homepage del sito ISPO [www.ispo.toscana.it](http://www.ispo.toscana.it), contenente per ogni obbligo la periodicità dell'aggiornamento, i responsabili della individuazione, elaborazione e trasmissione dei documenti, delle informazioni e dei dati per la pubblicazione, le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio per l'attuazione degli obblighi.

### *21.1 Procedura per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente*

I dirigenti e/o i funzionari referenti responsabili dell'elaborazione e della comunicazione dei dati richiedono la pubblicazione sul portale tramite la trasmissione di una e-mail contenente i documenti e i dati oggetto di pubblicazione nel formato previsto dalla norma ed specificando il percorso per poter pubblicare i documenti/dati nella sezione idonea.

Il Coordinatore del sito web, con il dovuto supporto informatico quando necessario, prende in carico la richiesta di pubblicazione pervenuta via e-mail, ne verifica la completezza e procede alla pubblicazione sul portale secondo le indicazioni ricevute, dandone riscontro con una mail per confermare l'avvenuta pubblicazione.

### *21.2 Monitoraggio*

Il RPCT svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Tale monitoraggio viene trasmesso all'OIV ed alla Direzione dell'Istituto.

## 22. Disposizioni finali

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

**ALLEGATO 1**

**SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	Responsabili della individuazione, elaborazione e trasmissione dei dati per la pubblicazione	Strumenti di monitoraggio
<b>Disposizioni generali</b>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rilevazione mensile o 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	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		

<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013, Art. 14 c. 1, d.lgs. n. 33/2013, Art. 2, c. 1, punto 1, punto 2, punto 3, l. n. 441/1982, Art. 3, l. n. 441/1982, Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/ Annuale	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b) c) , d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza	Art. 15, c.1, lett b), lett. c), lett. d) c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali / Settore Attività Amministrative di supporto Area Ricerca	Rilevazione mensile o verifiche a campione

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a), lett. b), lett. c, lett. d, lett. e), lett. f), c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, punto 2, art. 3, l. n. 441/1982 Art. 20, c. 3, d.lgs n. 39/2013	Tempestivo/ Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a), lett. b), lett. c), lett. d), lett. e), lett. f), c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, punto 2, art. 3, l. n. 441/1982 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013, Art. 20, c. 3, d.lgs n. 39/2013 Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs n. 33/2013, Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001 Art. 1, c. 7, D.p.r. n. 108/2004	Tempestivo/ Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), lett. b), lett. c), lett. d), lett. e), lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 Art. 4, l. n. 441/1982	Nessuno	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione

Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, c.2, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale/ Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o 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	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o 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	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	Tempestivo	Segreteria OIV	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione

	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Segreteria di Direzione	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Enti controllati</b>	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/ Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 19, c. 7. d.lgs. n. 175/2016	Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/ Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione

<b>Attività e procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012	Tempestivo	S.C. / S.S. interessate / URP	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	S.C. / S.S. interessate	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, l. n. 190/2012	Semestrale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, l. n. 190/2012	Semestrale	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4, delib. Anac n. 39/2016 Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a), lett b), D.Lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo/ Annuale	Settore Attività Tecnico / Patrimoniali ed Economali	Rilevazione mensile o verifiche a campione

	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 1, c. 505, l. n. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d. lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Settore Attività Tecnico / Patrimoniali ed Economali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali / Settore Attività Amministrative si supporto Area Ricerca	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	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	Settore Risorse Umane ed Affari Generali / Settore Attività Amministrative si supporto Area Ricerca	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011 d.p.c.m. 29 aprile 2016	Tempestivo	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione

	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 19 e 22 del d. lgs. n. 91/2011 Art. 18-bis d.lgs. n. 118/2011	Tempestivo	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità	Art. 1 c. 522, l. n. 208/2015	Tempestivo	Direzione Sanitaria	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Attività Tecnico/ Patrimoniali ed Economali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Attività Tecnico/ Patrimoniali ed Economali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo / Annuale e in relazione a delibere ANAC	Segreteria OIV	Rilevazione mensile o verifiche a campione

	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2014	Tempestivo	Segreteria Collegio Sindacale	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Corte dei conti	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	URP	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Class action	Art. 1, c. 2, art. 4, c. 2 e c. 6, d. lgs. n. 198/2009,	Tempestivo	Settore Risorse Umane ed Affari Generali	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Referente Aziendale per le liste di attesa	Rilevazione mensile o verifiche a campione

	Servizi in rete	Art. 7, c. 3, d. lgs.n. 82/2005 modificato dall'art. 8, c. 1, d. lgs. n. 179/2016	Tempestivo	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale / Annuale	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Tempestivo	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Opere pubbliche</b>		Art. 38, d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, art. 29 d. lgs. n. 50/2016	<i>Adempimento non pertinente</i>		

<b>Pianificazione e governo del territorio</b>		Art. 39, c. 1, lett. a), c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Art. 42, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<i>Adempimento non pertinente</i>		
<b>Altri contenuti</b>	Prevenzione della Corruzione	Art. 10 c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 3, c. 8, c. 14, l. n. 190/2012 Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo / Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rilevazione mensile o verifiche a campione

<b>Altri contenuti</b>	Accesso civico	Art. 5, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 9-bis, l. n. 241/1990 Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Tempestivo / Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Altri contenuti</b>	Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, c. 1-bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 d. lgs. n. 179/2016 Art. 9, c. 7, d. l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 221/2012	Tempestivo / Annuale	S.C. / S.S. interessate	Rilevazione mensile o verifiche a campione
<b>Altri contenuti</b>	Dati ulteriori - Whistleblowing	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rilevazione mensile o verifiche a campione



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

**PIANO TRIENNALE DI  
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
(PTPC) 2017-2019**

Codice Aziendale  
A0078

Pagina 45 di 77  
Edizione 1  
Revisione 3

**ALLEGATO 2**

**MAPPATURA DEI PROCESSI**

S.S. BILANCIO, CONTABILITÀ E INVESTIMENTI						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Analisi costi attività per valutazioni economiche</b>	Valutazione dei costi diretti ed indiretti di produzione ai fini della scelta make or buy, dell'individuazione del margine operativo o della determinazione del prezzo di vendita.	-	Controllo di Gestione ISPO	MEDIO	<b>6,00</b>
2	<b>Gestione del Piano dei Centri di Costo e del Piano dei Fattori Produttivi Aziendale</b>	Attivazione e manutenzione dell'insieme dei CdC identificati sulla base dell'organizzazione aziendale e sulle esigenze informative aziendali. Attivazione e manutenzione dell'insieme degli elementi che servono per produrre un bene o erogare un servizio.	DGRT n. 1171/2003 DGRT n. 1343/2004 e DGRT n. 962/2007	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>1,67</b>

3	<b>Predisposizione reportistica Direzionale e per CdR</b>	Attività di monitoraggio periodico di indicatori economici e/o quali-quantitativi a livello generale d'azienda e di singolo CdR/CdC.	-	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>3,67</b>
4	<b>Gestione e monitoraggio del processo di budget per CdR</b>	Processo di programmazione e controllo degli obiettivi assegnati e delle risorse ad essi correlati per ciascun CdR.	L.R. 40/2005 e ss.mm.ii	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>4,00</b>
5	<b>Monitoraggio annuale, trimestrale e mensile CE e annuale SP</b>	Rilevazione periodica in cui gli enti del SSN rappresentano i costi sostenuti e la situazione patrimoniale.	Decreto 15 giugno Ministero della Salute	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>4,08</b>
6	<b>Predisposizione Modello Ministeriale per Livelli di Assistenza</b>	Rilevazione annuale in cui gli enti del SSN rappresentano i costi sostenuti per ciascun livello di assistenza erogato.	DPCM 29 novembre 2001	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>3,50</b>
7	<b>Predisposizione Relazione Allegata al Conto Annuale</b>	Rilevazione annuale in cui le PP.AA. illustrano i risultati della gestione del personale.	Art. 60, comma 2, del D. Lgs. n. 165 del 2001, circolari annuali della Ragioneria Generale dello Stato	Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>3,50</b>

8	<b>Adozione bilancio d'esercizio</b>	Processo con il quale il Direttore Generale arriva a determinare il risultato d'esercizio attraverso l'approvazione dei documenti obbligatori che lo compongono (Conto Economico, Stato Patrimoniale, Nota Integrativa e Relazione sulla gestione).	L.R. 40/2005 e ss.mm.ii, D.Lgs. 118/2011, Principi contabili regionali e nazionali, Codice civile	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO	BASSO	<b>5,00</b>
9	<b>Certificazione crediti</b>	La certificazione dei crediti consente ai Creditori della P.A. di chiedere la certificazione dei crediti relativi a somme dovute per somministrazioni, forniture, appalti e prestazioni professionali e di tracciare le eventuali successive operazioni di anticipazione, compensazione, cessione e pagamento, a valere sui crediti certificati.	DM 25 giugno 2012 e DM 24 settembre 2012 (ministero dell'economia e delle finanze)	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF	MEDIO	<b>5,25</b>
10	<b>Gestione contabile prima nota: rilevazioni di costo e di ricavo</b>	Gestione della prima nota - registro non obbligatorio- utilizzata in contabilità per registrare tutti i movimenti economici di una azienda.	Principi contabili e civilistici	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO (per finalizzati)	BASSO	<b>3,00</b>
11	<b>Liquidazione e versamento imposte, tasse, contributi</b>	Verifica e pagamento delle imposte, tasse e contributi dovuti dall'ente per le attività svolte attraverso procedure telematiche.	Normativa fiscale e tributaria vigente	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF	BASSO	<b>2,75</b>
12	<b>Fatturazione attiva</b>	Operazione attraverso la quale il soggetto fiscale (l'Istituto), emette il documento fiscale obbligatorio (fattura) per comprovare l'avvenuta cessione di beni o prestazione di servizi ed acquisisce pertanto il diritto a riscuoterne il corrispettivo.	Normativa fiscale e tributaria vigente	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO (per finalizzati)	MEDIO	<b>7,00</b>

13	<b>Adozione bilancio preventivo annuale e pluriennale</b>	Redazione del documento economico annuale e pluriennale in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione.	L.R. 40/2005 e ss.mm.ii, D.Lgs. 118/2011, Principi contabili regionali e nazionali, Codice civile	Contabilità e Controllo di Gestione ISPO	BASSO	<b>4,00</b>
14	<b>Emissione mandati di pagamento</b>	Procedimento attraverso il quale l'Ufficio Contabilità emette un documento, con il quale si ordina al Cassiere di pagare una determinata somma a favore di un creditore.	D.Lgs. 267/2000 e ss.mm.ii. Circolare RGS n. 33 del 26/11/2008 Circolare RGS n. 11 del 24/03/2012 Convenzione cassa e tesoreria	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF	MEDIO	<b>5,33</b>
15	<b>Gestione rapporti di cassa</b>	Complesso delle operazioni relative alla gestione finanziaria dell'ente inclusa la predisposizione della documentazioni obbligatorie per legge (verifiche di cassa per Collegio Sindacale, predisposizione dei documenti per l'assoggettamento al giudizio di conto, ecc.)	L. n. 133/2008	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF	MEDIO	<b>6,33</b>
16	<b>Emissione/regolarizzazione reversali di incasso</b>	Procedimento attraverso il quale viene emesso un documento con il quale si autorizza il cassiere a riscuotere da una persona o da un ente una somma determinata, nel termine prescritto.	D.Lgs. 267/2000 e ss.mm.ii. Circolare RGS n. 33 del 26/11/2008 Circolare RGS n. 11 del 24/03/2012 Convenzione cassa e tesoreria	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO (per finalizzati)	BASSO	<b>2,25</b>
17	<b>Liquidazione fatture per trasferimenti alle Strutture esterne partecipanti</b>	Procedimento amministrativo attraverso il quale vengono verificate le condizioni idonee alla messa in pagamento della fattura.	-	Contabilità ISPO	MEDIO	<b>7,67</b>

18	<b>Gestione del Piano dei Conti e delle autorizzazioni di Contabilità Generale</b>	Operazione per l'individuazione di un sistema di codifica delle rilevazioni contabili (Piano dei conti) e di un sistema di controllo preventivo sull'utilizzo delle voci di costo che hanno la stessa natura o tipologia (Autorizzazioni).	DM 20 marzo 2013 (ministero dell'economia e delle finanze)	Contabilità ISPO	BASSO	<b>3,00</b>
19	<b>Impignorabilità somme indisponibili</b>	Procedimento amministrativo attraverso il quale vengono individuate e quantificate le somme non soggette ad esecuzione forzata.	D.l. n. 9/93 convertito in l. n. 67/1993	Contabilità ISPO	BASSO	<b>3,75</b>
20	<b>Gestione contabile finanziamenti finalizzati</b>	Insieme delle operazioni relative alle registrazioni contabili inerenti i finanziamenti ricevuti finalizzati al raggiungimento di un determinato obiettivo.	D. Lgs. 118/2011, principi contabili e civilistici	Contabilità ISPO	BASSO	<b>2,08</b>
21	<b>Gestione rapporti clienti fornitori</b>	Insieme delle operazioni inerenti la verifica della situazione creditoria/debitoria con i clienti/fornitori attraverso la conciliazione contabile e la chiusura di tali situazioni attraverso proposte di compensazione e/o solleciti di pagamento.	D.L. 35/2013, L. 136/2010	Uffici liquidatori ISPO e Contabilità ISPO	MEDIO	<b>7,29</b>
22	<b>Ricognizione ai fini della redazione del Piano Investimenti</b>	Insieme delle operazioni finalizzate all'inserimento all'interno del Piano degli Investimenti, parte integrante del Bilancio Preventivo dell'Istituto, delle immobilizzazioni da acquisire e delle relative fonti di finanziamento.	L.R. 40/2005 e ss.mm.ii, D.Lgs. 118/2011, Principi contabili regionali e nazionali, Codice civile	Settore Attività tecnico-patrimoniali ed economici, Direzione Sanitaria, Contabilità ISPO	BASSO	<b>2,75</b>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2017-2019</b>	Codice Aziendale A0078  Pagina 51 di 77 Edizione 1 Revisione 3
---	---	---

23	<b>Coordinamento procedimento di certificazione di bilancio</b>	Procedimento grazie al quale il bilancio di un ente viene controllato da un soggetto esterno al fine di verificare che esso corrisponda con le scritture contabili dell'ente stesso, rispetti le norme previste dalla legge per la redazione di tale documento e rappresenti in modo fedele la realtà aziendale. Per l'Istituto si tratta di procedimento facoltativo.	L.R. 40/2005 e ss.mm.ii, D.Lgs. 118/2011, Principi contabili regionali e nazionali, Codice civile	Tutte le strutture organizzative di ISPO	MEDIO	<b>6,00</b>
----	---	--	---	--	-------	-------------

<b>UFFICIO COMUNICAZIONE, ATTIVITÀ EDITORIALI E PIANIFICAZIONE EVENTI SCIENTIFICI</b>						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Stesura Piano di Formazione Annuale</b>	Raccolta proposte formative, assemblaggio e revisione dei contenuti, stesura del piano economico. Presentazione alla Direzione Aziendale per approvazione.	L. R. n. 40/2005; Accordo Stato-Regioni del 19.4.2012; Delibera GRT n. 599/2012	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; tutte le SC, SS e PO ISPO; Direzione Aziendale	MEDIO	<b>6,38</b>

2	<b>Attuazione Piano di Formazione Annuale</b>	Definizione dei periodi di svolgimento delle singole iniziative, supporto alla stesura dei programmi scientifici, attuazione di tutti gli iter necessari alla realizzazione dell'evento con il supporto operativo di FORMAS tramite apposita convenzione.	Legge n. 449/1997; Delibera DG ISPO n. 143/2014	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; Responsabili Scientifici degli eventi; FORMAS	BASSO	<b>2,08</b>
3	<b>Rendicontazione del Piano di Formazione Annuale</b>	Attività di monitoraggio ed analisi effettuata attraverso i dati forniti da FORMAS; Stesura di relazione finale con inseriti indicatori qualitativi e quantitativi previsti nel Piano Annuale.	Accordo Stato-Regioni del 19.4.2012; Delibera GRT n. 599/2012	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; FORMAS	BASSO	<b>2,50</b>
4	<b>Attività Editoriali</b>	Stesura report, documenti di divulgazione, monografie scientifiche.	Principi e norme di tipo redazionale	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; tutte le SC, SS e PO ISPO; Uffici Amministrativi preposti ISPO; ESTAR	MEDIO	<b>5,54</b>
5	<b>Stesura Piano di Comunicazione Annuale</b>	Analisi e stesura delle principali azioni di comunicazione interna ed esterna in linea con la strategia aziendale. Presentazione alla Direzione Aziendale per approvazione.	L. 150/2000	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; Direzione Aziendale	BASSO	<b>4,08</b>
6	<b>Realizzazione di eventi di comunicazione istituzionale ed informazione</b>	Programmazione di iniziative di comunicazione, sia interna che esterna, per assicurare la conoscenza del funzionamento dell'Istituto e dei servizi erogati e per gli aspetti comunicativi, relazionali e di informazione.	Principi e norme di comunicazione; Mission aziendale	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; Direzione Aziendale; FORMAS	BASSO	<b>4,38</b>

7	<b>Implementazione del sito istituzionale</b>	Messa in atto di tutte le azioni necessarie affinché il sito istituzionale sia coerente con l'immagine aziendale, funzionale ed accessibile a tutti, per promuovere una facile interazione con l'utenza. Controllo periodico delle informazioni e documenti inseriti anche dal personale addetto delle altre Strutture ISPO.	Legge 4/2004 Legge Stanca; D.Lgs. 82/2005 Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e ss.mm.ii;Direttiva Ministeriale n. 8/2009;Linee Guida per i siti web della PA 2011 e relativi Vademecum;D.Lgs. 33/2013 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PA	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; tutte le SC, SS e PO ISPO	BASSO	<b>4,58</b>
8	<b>Newsletter "Prevenzione Toscana Centro News"</b>	Raccolta di articoli, atti congressuali, programmi di eventi scientifici e divulgativi di interesse pubblico sui temi della prevenzione e dell'educazione alla salute. Partecipazione al Comitato di Redazione.	Principi e norme di tipo redazionale	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; tutte le SC, SS e PO ISPO	BASSO	<b>4,58</b>
9	<b>Implementazione della Carta dei Servizi</b>	Aggiornamento periodico dei servizi offerti dall'Istituto nell'ottica di fornire un adeguato strumento di orientamento nei percorsi di cura ed informazione all'utenza.	Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994; Legge n. 273/1995	Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici; tutte le SC, SS e PO ISPO	BASSO	<b>3,67</b>

<b>DIREZIONE SANITARIA</b>						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Libera professione intramoenia ambulatoriale</b>	Prenotazione Erogazione della prestazione; Fatturazione Verifica pagamento prestazione; Report volumi attività Libera Professione.	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL	S.C. Prevenzione secondaria Screening, S.C. Senologia, S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	ALTO	11,92
2	<b>Liste di attesa</b>	Programma di Istituto per il governo delle liste di attesa; Pianificazione smaltimento liste di attesa; Richiesta di inserimento in lista di attesa; Pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	Normativa Ministero Salute, Regolamenti e delibere ISPO	S.C. Prevenzione secondaria Screening, S.C. Senologia, S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	BASSO	3,5
3	<b>Formazione del personale</b>	Rilevazione dei fabbisogni formativi; Pianificazione degli eventi formativi; Attuazione degli eventi formativi; Verifica dei risultati; Stesura di una relazione.	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL	Direzione Aziendale	MEDIO	7,5

4	<b>Gestione reclami</b>	Ricevimento del reclamo; Gestione del reclamo; Registrazione; Analisi e valutazione; Adozione di azioni di miglioramento; Report.	D.Lgs. n. 29 del 3 febbraio 1993, Legge n. 150/2000, Carta dei Servizi e procedura ISPO	Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,33</b>
5	<b>Sorveglianza sanitaria</b>	Accertamento da parte del Medico Competente delle condizioni di salute del lavoratore in funzione del rischio che il lavoro comporta; Redazione di un programma di sorveglianza sanitaria; Istituzione, aggiornamento e custodia della cartella clinica e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria; Relazione annuale da consegnare al Direttore Sanitario.	D. Lgs. n. 81/2008, Regolamento ISPO, Delibere	Direzione Sanitaria	BASSO	<b>2,67</b>

COORDINAMENTO ASSISTENZIALE E DELLA PREVENZIONE						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Servizio di pulizia e sanificazione</b>	<p>Mappatura ed attribuzione codice colore in tutti i locali interni ed esterni dei presidi di ISPO. Esecuzione della prestazione: modalità operative e fornitura dei materiali. Controllo della corretta prestazione di processo e di risultato. Attestazione di regolare esecuzione per liquidazione fatture.</p>	<p>Linee Guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie Locali. Supplemento al n° de "Il Sole 24 Ore Sanità" Novembre 2004. Finzi et al "linee Guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere". Milano, Edicom, 2009 Capitolato di gara</p>	Tutti i presidi di ISPO	MEDIO	<b>5,50</b>

2	<b>Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali</b>	<p>Conferimento rifiuti speciali sanitari ed identificazione del Codice Europeo Rifiuti (CER). Stoccaggio in deposito temporaneo Ritiro dei rifiuti da parte della ditta in appalto. Verifica del corretto smaltimento e congruità delle pesature (4° copia). Attestazione di regolare esecuzione per liquidazione fatture.</p>	<p>Dpr 254 del 2003 Dlgs del 3 aprile 2006 n. 152 Nuovo Testo Unico SISTRI 2016", decreto ministeriale 30 marzo 2016, n. 78</p>	Tutti i presidi di ISPO	MEDIO	<b>7,33</b>
3	<b>Servizio di Archiviazione</b>	<p>Confezionamento documentazione sanitaria ed amministrativa. Trasporto e conservazione materiale documentale presso archivio remoto. Attestazione di regolare esecuzione per liquidazione fatture.</p>	<p>Capitolato di gara Prontuario di scarto</p>	Tutti i presidi di ISPO	MEDIO	<b>5,63</b>
4	<b>Servizio di Lavanderia</b>	<p>Servizio di ritiro biancheria sporca piana e divise da lavoro. Fornitura di sacchi per la raccolta della biancheria sporca. Espletamento del servizio di movimentazione interna ed esterna. Sostituzione e reintegro di ogni capo noleggiato che risulti deteriorato per l'uso e/o le modalità di lavaggio e non più ritenuto utilizzabile. Costituzione e mantenimento costante delle scorte di reparto. Trasporto esterno, da e per lo stabilimento di lavanderia. Attestazione di regolare esecuzione per liquidazione fatture.</p>	<p>Capitolato di gara</p>	Tutti i presidi di ISPO	BASSO	<b>4,38</b>

5	<b>Allocazione delle risorse</b>	Analisi del ruolo da ricoprire. Definizione delle attività da svolgere. Analisi dei carichi di lavoro. Individuazione del profilo di competenza. Assegnazione del personale nel settore. Valutazione qualitativa e quantitativa.	DM 739/94 DM 740/94 DM 741/94 DM 744/94 DM 69/97 Acc. Stato – Regioni 2001	Tutti i presidi di ISPO	ALTO	<b>10,67</b>
6	<b>Conferimento incarichi di Coordinamento</b>	Predisposizione delibera e relativo avviso di selezione. Nomina Commissione. Effettuazione prove selettive. Stesura graduatoria. Stesura Contratto.	Legge 43/2006	Tutti i presidi di ISPO	BASSO	<b>3,79</b>
7	<b>Gestione orario del personale</b>	Rilevazione presenze assenze. Controllo giustificativi assenze. Verifica debito/credito orario.	Contratto collettivo Nazionale del lavoro Regolamenti di Istituto	Tutti i presidi di ISPO	MEDIO	<b>6,38</b>

<b>COORDINAMENTO TECNICO SANITARIO</b>						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Mammografia extra screening</b>	Prenotazione Cup; Erogazione della prestazione; Verifica pagamento ticket prestazione.	Delibere GRT Procedure ISPO	S.C. Senologia	MEDIO	<b>5,50</b>
2	<b>Manutenzione ambulatori mobili per mammografia</b>	Pianificazione calendario revisione mezzi; Segnalazione eventi che richiedono manutenzione straordinaria.	Normativa Ministero dei trasporti e delle infrastrutture Regolamenti e delibere ISPO	S.C. Prevenzione secondaria Screening Coordinamento Area Tecnico Sanitaria	BASSO	<b>5</b>
3	<b>Trasferimento ambulatori mobili</b>	Pianificazione calendario annuale screening mammografico; Pianificazione calendario revisione mezzi; Segnalazione eventi che richiedono manutenzione straordinaria.	Normativa Ministero dei trasporti e delle infrastrutture Regolamenti e delibere ISPO	Coordinamento Area Tecnico Sanitaria	MEDIO	<b>7,5</b>

<b>COORDINAMENTO STATISTICO</b>						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Collaborazione alle attività di valutazione epidemiologica degli screening a livello aziendale, regionale e nazionale</b>	Elaborazioni e analisi statistiche per la valutazione epidemiologica dei programmi di screening.	<p>Normativa in materia di protezione dei dati personali e Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica</p> <p>Linee guida con standard europei, nazionali</p>	Coordinamento statistico, SC Epidemiologia Clinica, S.S Valutazione Screening (ONS), S.S.CRRPO e tutte S.C e S.S interessate	BASSO	<b>3,00</b>

2	<b>Collaborazione statistica alle attività di registro</b>	Gestione statistica dei dati e delle fonti, analisi statistica.	Normativa in materia di protezione dei dati personali e Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica. Leggi. Delibere e regolamenti registri (delibera della Giunta Regionale Toscana n.11409 del 24.11.1986, DGR 429/2013, art 244 del DLgs 81/2008 (tumori occupazionali), ecc)	Coordinamento statistico, tutte SC e SS Epidemiologia	BASSO	<b>3,00</b>
3	<b>Supporto attività di ricerca</b>	Gestione statistica dei dati e delle fonti, analisi statistica.	Normativa in materia di protezione dei dati personali e Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica	Coordinamento statistico, tutte SC e SS Epidemiologia, SC e SS interessate	BASSO	<b>4,33</b>
4	<b>Supporto alla Direzione Aziendale</b>	Elaborazioni e analisi statistiche monitoraggio direzionale delle attività.	L 40/2005, normativa in materia di protezione dei dati personali e Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica, Regolamento ISPO	Coordinamento Statistico, Direzione Aziendale, Controllo di Gestione	BASSO	<b>2,75</b>
5	<b>Partecipazione commissione per affidamento incarichi di collaborazione esterna</b>	Svolgimento dell'attività valutativa, Svolgimento delle prove.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTPC ISPO 2016-2018	Coordinamento statistico SC/SS coinvolte e SC Amministrazione Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,88</b>

6	<b>Formazione del personale</b>	Analisi dei fabbisogni. Attribuzione incarichi di docenza. Autorizzazione all'aggiornamento facoltativo ed obbligatorio.	Regolamento Ispo, PTPC ISPO 2016-2018	Coordinamento statistico, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,58</b>
7	<b>Progetti incentivanti</b>	Analisi dei fabbisogni. Redazione del progetto. Valutazione dei requisiti. Valutazione delle attività svolte.	Regolamento Ispo, PTPC ISPO 2016-2018	Coordinamento statistico, SC e SS Epidemiologia, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>3,75</b>
8	<b>Partecipazioni a società scientifiche: gruppi di lavoro</b>	Valutazione della pertinenza e del possibile conflitto di interessi. Comunicazione, se del caso, alla Direzione.	Legge 190/2012, PTPC 2016-2018	Coordinamento statistico, tutte SC e SS Epidemiologia, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>3,21</b>
9	<b>Partecipazioni a società scientifiche: direttivi e consigli di amministrazione</b>	Valutazione della pertinenza e del possibile conflitto di interessi. Comunicazione, se del caso, alla Direzione.	Legge 190/2012, PTPC 2016-2018	Coordinamento statistico, tutte SC e SS Epidemiologia, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>3,50</b>

<b>S.C. SCREENING E PREVENZIONE SECONDARIA</b>						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Libera professione intramoenia ambulatoriale*</b>	Calendario delle prenotazioni per prestazioni dermatologiche e ginecologiche. Erogazione delle prestazioni.	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL, Disposizioni ex ASF-Estar, PTCP 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	MEDIO	<b>7,00</b>
2	<b>Affidamento incarichi di collaborazione esterna*</b>	Nomina dei componenti. Valutazione requisiti ed incompatibilità. Valutazione curriculum e attribuzione punteggi per titoli ed incarichi pregressi. Esecuzione del colloquio e valutazione dei candidati.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	BASSO	<b>4,88</b>
3	<b>Gestione contratti di collaborazione esterna*</b>	Esecuzione del contratto, redazione di report periodici di attestazione della attività svolta.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	BASSO	<b>4,88</b>

4	<b>Gestione attività lavorative in regime extra-impiego*</b>	Valutazione della attività da svolgere e autorizzazione.	Regolamento Ispo, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	BASSO	<b>3,75</b>
5	<b>Autorizzazione missioni, partecipazione a convegni e rimborsi spese*</b>	Valutazione motivazioni della missione e attività di monitoraggio sulla richiesta di rimborso.	Regolamento Ispo, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	BASSO	<b>4,58</b>
6	<b>Gestione attività aggiuntiva*</b>	Analisi dei fabbisogni. Redazione del progetto. Valutazione dei requisiti. Valutazione delle attività svolte.	Regolamento Ispo, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e S.C. Amministrazione	BASSO	<b>4,7</b>
7	<b>Formazione del personale*</b>	Analisi dei fabbisogni. Attribuzione incarichi di docenza. Autorizzazione all'aggiornamento facoltativo ed obbligatorio.	Regolamento Ispo, PTCP ISPO 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria e SC Amministrazione	BASSO	<b>3,67</b>
8	<b>Liste di attesa</b>	Pianificazione smaltimento liste di attesa Supporto tecnico per la valutazione dell'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	Normativa Ministero Salute e Regione Toscana, Piani di attività aziendali	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>5,00</b>

9	<b>Tempi di lettura</b>	Adozione di procedure con rispetto degli standard. Monitoraggio dei tempi di lettura.	Normativa Ministero Salute per LEA, Linee guida europee, linee guida società scientifiche, linee guida consiglio sanitario regionale, accreditamento regionale	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Laboratorio Unico di Prevenzione Oncologica, SC Senologia	BASSO	<b>4,33</b>
10	<b>Partecipazione a commissioni per redazione capitolati di gara</b>	Nomina da parte della Direzione su richiesta di Estar. Partecipazione alle riunioni per redazione capitolato. Stesura definitiva del capitolato.	Normative nazionali, Regolamenti Estar	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	MEDIO	<b>7,13</b>
11	<b>Partecipazione a commissioni per valutazione offerte tecniche di gara</b>	Nomina da parte della Direzione su richiesta di Estar. Partecipazione alle riunioni per valutazione della offerta tecnica. Stesura relazione sulla offerta tecnica.	Normative nazionali, Regolamenti Estar	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	MEDIO	<b>6,38</b>
12	<b>Gestione beni aziendali</b>	Dotazioni aziendali (dispositivi, strumenti, software).	Legge 190/2012, PTCP 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>3,50</b>
13	<b>Partecipazioni a società scientifiche: gruppi di lavoro</b>	Valutazione della pertinenza e del possibile conflitto di interessi. Autorizzazione e comunicazione, se del caso, alla Direzione.	Legge 190/2012, PTCP 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>3,67</b>
14	<b>Partecipazioni a società scientifiche: direttivi e consigli di amministrazione</b>		Legge 190/2012, PTCP 2016-2018	SC Screening e Prevenzione Secondaria, SC Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,08</b>

15	<b>Erogazione test di screening di 1° livello</b>	Esecuzione di mammografie di screening, di prelievi per Pap test e HPV test.	Legge Istitutiva di ISPO, PTCP 2016-2018, Linee guida europee, linee guida società scientifiche, linee guida consiglio sanitario, Accredитamento regionale	SC Screening e Prevenzione Secondarie e PO sanitarie	BASSO	<b>2,50</b>
16	<b>Erogazione esami di approfondimento dello screening ed esami di prevenzione e di follow up per il melanoma</b>	Esecuzione di mammografie, ecografie e prelievi mammari, esecuzione di colposcopie e colonscopie, esecuzione di prelievi vaginali per il follow up del secondo livello della cervice uterina, esecuzione di visite dermatologiche e prelievi cutanei.	Legge Istitutiva di ISPO, PTCP 2016-2018, Linee guida europee, linee guida società scientifiche, linee guida consiglio sanitario, Accredитamento regionale	SC Screening e Prevenzione Secondarie e PO sanitarie	BASSO	<b>3,75</b>

\* per i processi da 1 a 7 già effettuata mappatura inserita con il relativo livello di rischio nel PTPC 2016-2017, la S.C. Screening e Prevenzione Secondaria declina solo per le attività in cui è coinvolta operativamente

S.C. LABORATORIO REGIONALE DI PREVENZIONE ONCOLOGICA**						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Gare di appalto: partecipazione a commissioni per redazione capitolati di gara</b>	Lavori istruttori di una procedura ad evidenza pubblica (scrittura capitolati, partecipazione a collegi tecnici).	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO e S.C Amministrazione, Direzione Aziendale-ESTAR	BASSO	<b>4,75</b>
2	<b>Gare di appalto: partecipazione a commissioni per valutazione offerte tecniche di gara</b>	Partecipazione alle riunioni per valutazione della offerta tecnica.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO e S.C Amministrazione, Direzione Aziendale-ESTAR	MEDIO	<b>5,25</b>
3	<b>Gare di appalto: operazioni di collaudo</b>	Verifiche che quanto previsto nel contratto di fornitura dell'apparecchiatura o sistemi analitici sia coerente con quanto fornito , incluso il corretto funzionamento del processo analitico.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO e S.C Amministrazione, Direzione Aziendale-ESTAR-EBM	BASSO	<b>3,00</b>

4	<b>Beni sanitari: utilizzo beni aziendali</b>	Gestione beni sanitari (materiali, reattivi, dispositivi, strumenti, software).	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione	BASSO	<b>2,50</b>
5	<b>Formazione: aggiornamento del personale</b>	Analisi dei fabbisogni. Attribuzione docenze. Autorizzazione all'aggiornamento facoltativo ed obbligatorio.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>2,25</b>
6	<b>Missioni: autorizzazione missioni, partecipazione a Convegni e rimborsi spese</b>	Richieste del personale strutturato e relativa valutazione per autorizzazione.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione, Direzione Aziendale	BASSO	<b>3,00</b>
7	<b>Acquisizione personale: in mobilità tra PA</b>	Definizione e modalità di valutazione.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione	BASSO	<b>2,50</b>
8	<b>Acquisizione personale: definizione requisiti e affidamento incarichi di collaborazione esterna/LP</b>	Nomina dei componenti commissione di competenza SC. Valutazione curriculum e titoli. Modalità di gestione ed effettuazione del colloquio. valutazione finale dei candidati.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione	BASSO	<b>4,75</b>
9	<b>Gestione Collaboratori non strutturati: personale a contratto o LP</b>	Redazione di report periodici di attestazione della attività svolta.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,75</b>

10	<b>Attività libera professionale intramoenia</b>	Lecture citologiche e test HPV provenienti da specialisti privati.	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL, Disposizioni ex ASF-Estar, PTCPC 2016-2018	S.C. LRPO e S.C. Amministrazione	MEDIO	<b>5,50</b>
11	<b>Gestione personale: tempi di lettura ed esecuzione test di laboratorio</b>	Gestione dei tempi di esecuzione e lettura delle prestazioni sanitarie territoriali e loro monitoraggio.	Normativa Ministero Salute per LEA, Linee guida europee, linee guida società scientifiche, linee guida consiglio sanitario regionale, accreditamento regionale	S.C LRPO e S.C Amministrazione, Direzione Sanitaria	BASSO	<b>4,67</b>
12	<b>Partecipazioni a società scientifiche: gruppi di lavoro</b>	Richieste da parte del personale e Valutazione della pertinenza e del possibile conflitto di interessi.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO, S.C Amministrazione e Direzione Aziendale	BASSO	<b>3,5</b>
13	<b>Gestione ed organizzazione attività aggiuntiva</b>	Analisi dei fabbisogni. Redazione del progetto. Valutazione dei requisiti. Valutazione delle attività svolte.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO, S.C Amministrazione e Direzione Aziendale	BASSO	<b>3,00</b>
14	<b>Sperimentazioni cliniche: sperimentazioni no profit con sostegno privato</b>	Contatti preliminari tra sperimentatore e sponsor per definizione obiettivi e modalità di conduzione studio.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO, S.C Amministrazione, Sponsor, Direzione Aziendale	MEDIO	<b>5,75</b>
15	<b>Verifica tempi di intervento per riparazioni su strumenti in service</b>	Verifiche puntuali dei tempi di intervento assistenza tecnica e tempi risoluzione come da specifiche in aggiudicazione fornitura.	Legge 190/2012, Regolamento Ispo, Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018 (A0078).	S.C LRPO e S.C Amministrazione, Direzione Aziendale-ESTAR-EBM	BASSO	<b>3,25</b>

\*\* Per ciascun processo, La SC LRPO analizza solo le fasi in cui è direttamente coinvolta.

S.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Sorveglianza e valutazione epidemiologica degli screening oncologici in Regione Toscana</b>	Analisi dei flussi informativi, costruzione di indicatori epidemiologici per gli screening mammografico, cervicale e coloretale.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012. Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Deliberazione DG n. 292 del 24.12.2015	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, PO Coordinamento Statistico, S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	BASSO	<b>4,08</b>
2	<b>Stesura della relazione sanitaria inviata all'assessore sanitario regionale sulla estensione e adesione dei programmi di screening e produzione di un rapporto annuale sui risultati dell'attività dei programmi di screening oncologici nella regione Toscana</b>	Stesura di report secondo format prestabiliti.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012. Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Deliberazione DG n. 292 del 24.12.2015	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, PO Coordinamento Statistico, S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica, Direzione Aziendale	BASSO	<b>4,08</b>

3	<b>Attività di ricerca sulla valutazione di Health Technology Assessment (HTA) di nuove metodiche o politiche di screening nel campo dello screening per il tumore della mammella, cervice e colorettaie; metodologie per la valutazione di impatto dei programmi di screening oncologici sulla popolazione</b>	Revisione dei dati di letteratura, metanalisi, conduzione di studi valutativi ad hoc, analisi economiche.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012. Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Deliberazione DG n. 292 del 24.12.2015	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, PO Coordinamento Statistico, S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	BASSO	<b>4,08</b>
4	<b>Organizzazione e collaborazione a studi per la diagnosi precoce del carcinoma del polmone e della prostata e di altre sedi tumorali</b>	Revisione dei dati di letteratura, progettazione di studi prospettici di valutazione, partecipazione a studi randomizzati, divulgazione dei risultati attraverso pubblicazioni di articoli scientifici e partecipazione a convegni scientifici.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012. Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Deliberazione DG n. 292 del 24.12.2015	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, PO Coordinamento Statistico, S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	BASSO	<b>4,08</b>
5	<b>Organizzazione di corsi di formazione epidemiologica di base ed avanzata diretta a operatori sanitari e professionisti</b>	Definizione del programma scientifico, individuazione dei docenti, definizione delle date e del materiale formativo necessario.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012. Nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Deliberazione DG n. 292 del 24.12.2015	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici, Direzione Aziendale	BASSO	<b>4,08</b>

6	<b>Partecipazione a gruppi di lavoro a livello regionale e nazionale per lo sviluppo di linee guida e protocolli per gli screening oncologici</b>	Individuazione delle problematiche e novità tecnologiche che necessitano di indirizzo a livello dei programmi di screening. Definizione di modalità di stesura di documenti di indirizzo o di linee guida.	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, PO Coordinamento Statistico, S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	BASSO	<b>4,08</b>
7	<b>Partecipazione a ricerca e sviluppo di nuove modalità di supporto al paziente oncologico</b>	Disegno, analisi e pubblicazione di ricerche osservazionali sul tema e partecipazione a progetti finalizzati nazionali e internazionali	Legge Regionale Toscana n. 3/2008, modificata con Legge Regionale Toscana n. 32/2012.	SC Epidemiologia Clinica, Centro di Riabilitazione Oncologica	BASSO	<b>3,00</b>
8	<b>Affidamento incarichi collaborazione esterna</b>	Partecipazione a commissioni di concorsi, svolgimento attività valutativa, svolgimento prove di concorso.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTCP ISPO 2016-2018	SC Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecnica e Supporto alla Ricerca ISPO, SC Epidemiologia Clinica	BASSO	<b>3,25</b>
9	<b>Gestione di contratto di collaborazione esterna</b>	Valutazione e attestazione dell'attività di collaborazione.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTCP ISPO 2016-2019	SC Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecnica e Supporto alla Ricerca ISPO, SC Epidemiologia Clinica	BASSO	<b>2,75</b>
10	<b>Autorizzazione missioni, partecipazione a convegni e rimborsi spese*</b>	Rispetto dell'iter procedurale con valutazione della attività svolta.	Regolamento Ispo, Disposizioni ex ASF, PTCP ISPO 2016-2021	SC Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecnica e Supporto alla Ricerca ISPO, SC Epidemiologia Clinica	BASSO	<b>2,25</b>

Osservatorio Nazionale Screening						
11	<b>Formazione specifica per le attività di screening</b>	Definizione del programma scientifico, individuazione dei docenti, definizione delle date e del materiale formativo necessario	Intesa fra Governo e Regioni 82/CSR del 10/07/2014. Articolo 2 bis della legge 138 del 2004: il ministro della Salute ha individuato l'Ons come organo tecnico a supporto delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, e del ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Varie Strutture e Istituti extra Regionali	BASSO	<b>3,00</b>
12	<b>Monitoraggio e valutazione della qualità dei programmi attivati a livello regionale attraverso indicatori di performance e di impatto. I risultati di queste survey vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening;</b>	Distribuzione delle schede di rilevazione, validazione dei flussi informativi, analisi dei dati e costruzione di indicatori epidemiologici.	Intesa fra Governo e Regioni 82/CSR del 10/07/2014. Articolo 2 bis della legge 138 del 2004: il ministro della Salute ha individuato l'Ons come organo tecnico a supporto delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, e del ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Varie Strutture e Istituti extra Regionali	BASSO	<b>4,38</b>

13	<b>Linee guida per la quality assurance e la certificazione dei programmi di screening</b>	Revisione della letteratura, individuazione degli esperti, stesura delle linee guida.	Intesa fra Governo e Regioni 82/CSR del 10/07/2014. Articolo 2 bis della legge 138 del 2004: il ministro della Salute ha individuato l'Ons come organo tecnico a supporto delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, e del ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Varie Strutture e Istituti extra Regionali	BASSO	<b>3,00</b>
14	<b>Promozione della ricerca in ambito di screening</b>	Attività di promozione e di facilitazione perché vari centri di ricerca italiani in campo di screening possano collaborare su tematiche che interessano i programmi di screening.	Intesa fra Governo e Regioni 82/CSR del 10/07/2014. Articolo 2 bis della legge 138 del 2004: il ministro della Salute ha individuato l'Ons come organo tecnico a supporto delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, e del ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Varie Strutture e Istituti extra Regionali	BASSO	<b>4,08</b>
15	<b>Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione all'interno dei programmi, fra operatori e utenti</b>	Organizzazione di incontri di valutazione, produzione di materiale informativo cartaceo e web.	Intesa fra Governo e Regioni 82/CSR del 10/07/2014. Articolo 2 bis della legge 138 del 2004: il ministro della Salute ha individuato l'Ons come organo tecnico a supporto delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, e del ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.	SC Epidemiologia Clinica, S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Varie Strutture e Istituti extra Regionali	BASSO	<b>3,00</b>

<b>S.S. Infrastruttura e Coordinamento Registri</b>						
16	<b>Gestione del Registro Tumori e coordinamento funzionale Registri presenti in ISPO</b>	Rilevazione incidenza tumori attraverso fonti informative sanitarie informatizzate.	Legge Regionale 3/2008, modificata con legge regionale 32/2012, Delibera della Giunta Regionale n. 429 del 03-06-2013	S.S. Infrastruttura e Coordinamento Registri; SC epidemiologia clinica, ESTAR	BASSO	<b>4,17</b>
17	<b>Collaborazione ad attività di ricerca con altri registri a livello italiano ed internazionale</b>	Organizzazione/partecipazione a studi epidemiologici, presentazioni di articoli scientifici. Report su specifiche tematiche.	Legge Regionale 3/2008, modificata con legge regionale 32/2012	S.S. Infrastruttura e Coordinamento Registri; SC epidemiologia clinica, AIRTUM, ENCR e Istituti ricerca italiani e internazionali	BASSO	<b>4,96</b>
18	<b>Valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti oncologici a livello di Asl e regionale</b>	Analisi prestazioni per pazienti oncologici dai flussi sanitari correnti regionali.	Legge Regionale 3/2008, modificata con legge regionale 32/2012	S.S. Infrastruttura e Coordinamento Registri, SC Epidemiologia Clinica, Dipartimenti Oncologici dell'ASL	BASSO	<b>3,79</b>
19	<b>Gestione della banca dati della Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)</b>	Supporto amministrativo ed il coordinamento organizzativo della banca dati AIRTUM.	Conferenza Stato-Regioni del 30 luglio 2015 (Allegato A, Obiettivo prioritario: Supporto Piano Nazionale Prevenzione, pagina 14)	S.S. Infrastruttura e Coordinamento Registri, SC Epidemiologia Clinica, AIRTUM	BASSO	<b>3,33</b>

S.C. SENOLOGIA CLINICA						
N° prog.	PROCESSI	Descrizione del processo		Strutture operative coinvolte	Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
		Breve descrizione	Riferimenti normativi utili			
1	<b>Prenotazione CUP degli esami in regime istituzionale e di libera professione intra-moenia</b>	Le prenotazioni di prestazioni di diagnostica senologica clinico-strumentale sono gestite dal CUP metropolitano, sia per quanto riguarda l'attività istituzionale (SSR) che l'attività di libera professione intra-moenia. E' doveroso sottolineare che la Senologia Clinica di ISPO chiama direttamente, mediante invito per posta, le Pazienti in follow-up attivo per storia personale o familiare di carcinoma della mammella. Vengono inoltre predisposte agende a gestione interna per la prenotazione di approfondimenti diagnostici relativi a primi/secondi accessi già avvenuti.		CUP Metropolitano	BASSO	<b>2,50</b>

2	<b>Espletamento esami diagnostici e pagamenti ticket e onorari libera professione intra-moenia</b>	Tale processo riguarda sia l'espletamento degli esami diagnostici che i relativi pagamenti dei ticket e delle tariffe della libera professione intra-moenia. I pagamenti dei ticket e delle tariffe della LP avvengono in Accettazione e sono gestite dal Personale della Ditta CIS.			BASSO	2,33
---	--	--	--	--	-------	------