



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.P.G.R.T. n. 201 del 19/12/2013)

N° 22 del 29/01/2016

Oggetto: Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) triennio 2016-2018		
Struttura Proponente	Direzione Aziendale	
Proposta n.	Responsabile del procedimento	Dr.ssa Barbara Mengoni

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa:

Conto Economico n.

Eseguibile a norma di Legge dal 13/02/2016

Pubblicato a norma di Legge il 29/01/2016

Inviato al Collegio Sindacale il 29/01/2016

IL DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, con sede in Via Cosimo il Vecchio 2 – 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 201 del 19/12/2013.

Visti il D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modifiche ed integrazioni e la Legge Regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale Toscana n. 3 del 04.02.2008, modificata con Legge Regionale n. 32 del 19.06.2012, in forza della quale ISPO è un Ente del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile;

Premesso che la Legge n. 190 del 06.11.2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione” all’articolo 1, comma 8, sancisce l’obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di adottare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) entro il 31 gennaio di ogni anno;

Preso atto che l’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC ex CIVIT) con Delibera n. 72 dell’11.09.2013 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e che con Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ne ha previsto l’aggiornamento;

Considerato che Legge n. 190 del 06.11.2012 ha individuato nella trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni riguardanti l’organizzazione e le attività delle Pubbliche Amministrazioni lo strumento principale delle azioni di prevenzione della corruzione, disponendo che il P.T.P.C. sia integrato con il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità (P.T.T.I.);

Richiamato a tal proposito il D. Lgs. 33 del 14.03.2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte di Pubbliche Amministrazioni” che ha disciplinato gli adempimenti in materia di trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni;

Richiamate le direttive e le circolari emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC ex CIVIT) in materia di semplificazione, trasparenza e anticorruzione nelle Pubbliche Amministrazioni;

Rilevata la necessità di aggiornare il P.T.P.C. del triennio 2016-2018 per l’assolvimento degli obblighi in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, trasparenza ed integrità;

Richiamata altresì la Deliberazione del Direttore Generale dell’Istituto n. 263 del 22.12.2014 con la quale è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell’Istituto per disciplinare le regole di buona condotta, i doveri minimi di imparzialità e diligenza;

Preso atto della Deliberazione del Direttore Generale n. 292 del 24.12.2015, con la quale è stato approvato il nuovo Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell’ISPO che “promuove l’informazione, in attuazione dei principi che regolano la trasparenza e l’efficacia dell’azione amministrativa, quale condizione essenziale per assicurare la partecipazione e l’esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo quanto stabilito dalle normative nazionali e regionali”;

Rilevato che il presente P.T.P.C. è stato diffuso ai principali portatori di interesse;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza (ai sensi del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e ss.mm. e ii.);

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama:

1. di approvare l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2016-2018, ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, la trasparenza e l'integrità;
2. di pubblicare il P.T.P.C. sul sito istituzionale nell'apposita "Sezione Amministrazione Trasparente";
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40 del 24.08.2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questo Istituto.


**IL DIRETTORE
SANITARIO**
(Dott. Riccardo Poli)


**IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
(Dott. Fabrizio Carraro)


**IL DIRETTORE
GENERALE**
(Prof. Gianni Amunni)

Elenco degli allegati

Allegato A Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2016-2018 n. pagine 49

Strutture aziendali da partecipare:

Ai Componenti del Gruppo di lavoro per la trasparenza e la prevenzione della corruzione dell'Istituto

Ai Referenti per la trasparenza e la prevenzione della corruzione dell'Istituto

Allegato "A" alla Deliberazione n. 22 del 29 GEN, 2016

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018

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

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

INDICE

1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.).....	3
2. Responsabile della prevenzione della corruzione	4
3. Risorse a disposizione del Responsabile della prevenzione della corruzione: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti, Posizioni Organizzative e Dipendenti.....	4
4. Altri soggetti	5
5. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione	5
6. Analisi del contesto	5
7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione	10
8. Controllo sui procedimenti amministrativi	17
9. Codice di Comportamento dei dipendenti.....	17
10. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	17
11. Attività di formazione.....	17
12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione.....	18
13. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.....	19
14. Patti di integrità.....	19
15. Rapporto con il ciclo della performance	19
16. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	19
17. Relazione dell'attività svolta	20
18. Obblighi di informazione.....	20
19. Controllo e prevenzione del rischio.....	20
20. Pianificazione triennale.....	21
21. Obblighi di trasparenza	21
22. Disposizioni finali.....	21
 Allegato 1: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.P.C.)	 22
Allegato 2: Mappatura dei processi.....	39

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

1.1 Inquadramento del fenomeno della corruzione

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

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

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

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

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

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

D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013 "Disposizioni in materia di inconfirmità 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"

1.2 Oggetto e finalità

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

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

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

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

2. Responsabile della prevenzione della corruzione

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

Il RTPC 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 RTPC, presso il sistema integrato "PERLA PA" e sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti - Corruzione".

Oltre ai vari adempimenti previsti dalla Legge n. 190/2012, il RTPC 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;

Per l'adempimento dei compiti previsti dalla Legge n. 190/2012 sopra esemplificati, il RTPC 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 RTPC sempre in una ottica di collaborazione volta al miglioramento progressivo della prevenzione della corruzione in Istituto.

3. Risorse a disposizione del Responsabile della prevenzione della corruzione: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti, Posizioni Organizzative e Dipendenti

3.1 Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione

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

3.2 Referenti per la prevenzione della corruzione

I Referenti per la prevenzione della corruzione, 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 RTPC, 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 RTPC.

3.3 Dirigenti

I Dirigenti di ISPO:

- svolgono attività informativa nei confronti del RTPC, 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 RTPC, 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 RTPC di ogni fatto o circostanza da cui emergano profili di illiceità nell'ambito del contesto istituzionale dell'attività dell'ISPO.

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

4. Altri soggetti

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

5. 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.

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

Il contesto politico-istituzionale in Toscana nel 2015 è stato caratterizzato dalla conclusione della legislatura a livello regionale. Contestualmente ha rappresentato un elemento di novità la riforma delle istituzioni locali, avviata con la Legge n. 56/2014, la quale ha fornito in primis disposizioni per la costituzione delle città metropolitane, ha riformato il sistema elettorale delle Province trasformandole in enti di secondo grado, ha previsto il riordino delle funzioni provinciali.

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 costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti.

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

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 2015 l'Istituto internamente è stato oggetto di un processo di riorganizzazione, che ha portato all'adozione di un nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento (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.

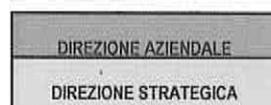
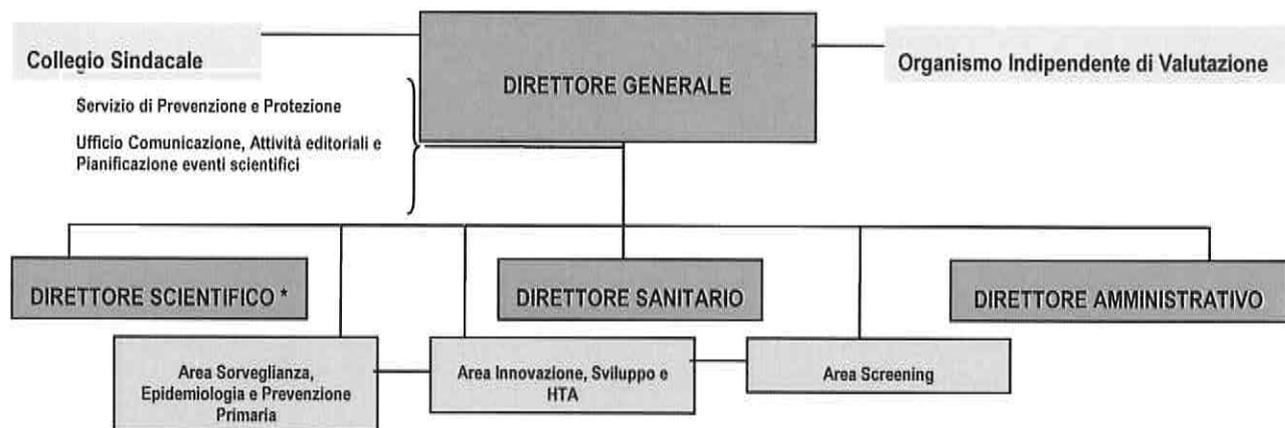
Le strutture organizzative dell'Istituto si individuano come strutture semplici e strutture complesse.

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.

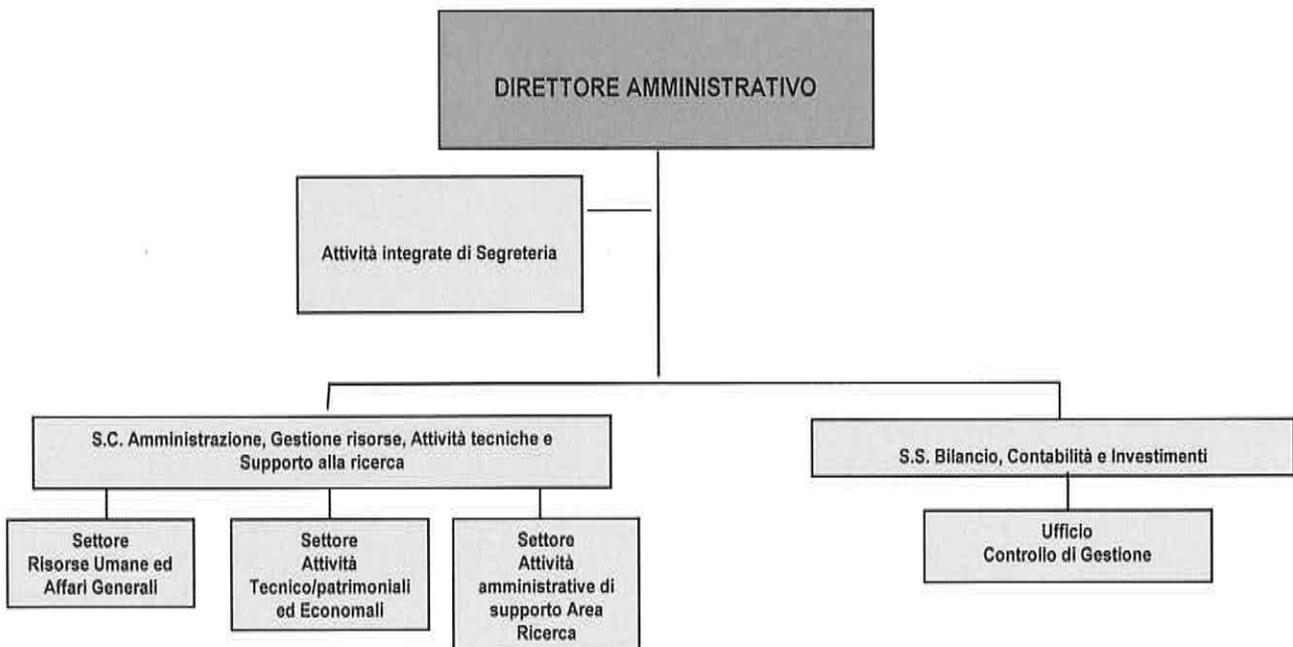
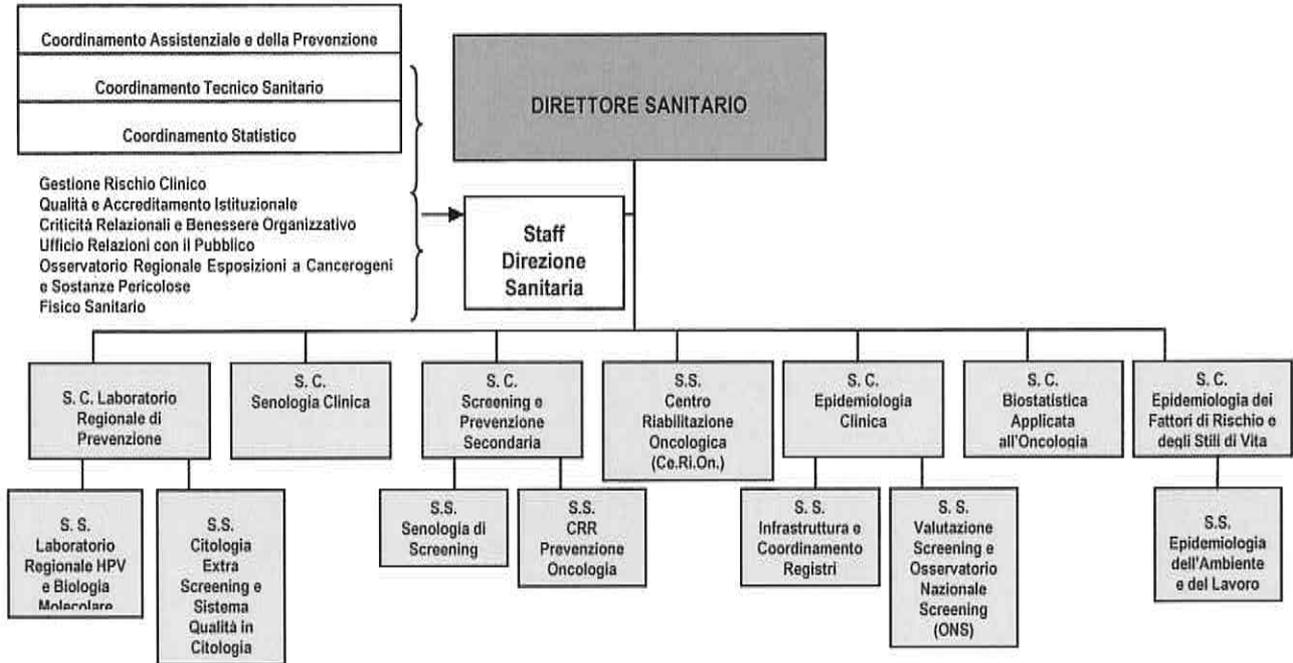
L'organigramma approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 292 del 24/12/2015 viene riportato di seguito.

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

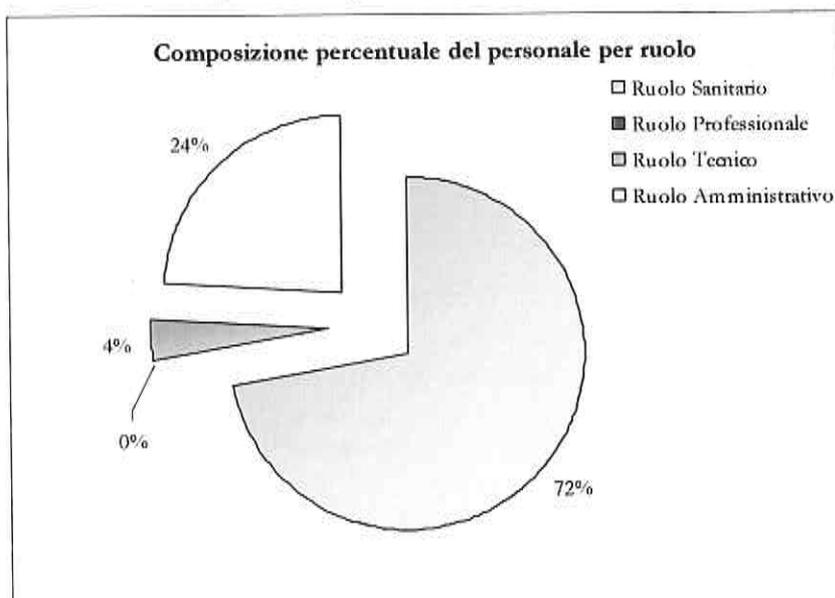


Relativamente al profilo professionale ed alla quantità del personale in servizio, di seguito si riporta nella tabella 1 e nel grafico 1 la rappresentazione dell'organico del personale dipendente al 31.12.2015.

Tabella 1 - Organico del personale al 31.12.2015 suddiviso per ruolo ed area contrattuale

Ruolo/area contrattuale	31/12/2015
Sanitario	97
Dirigenza medica e veterinaria	26
Dirigenza non medica	13
Comparto	58
Professionale	0
Dirigenza	0
Comparto	0
Tecnico	7
Dirigenza	0
Comparto	7
Amministrativo	33
Dirigenza	3
Comparto	30
TOTALE	137

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.

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 2015 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" e la Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" ha 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 per la maggior parte una specificazione di quanto già individuato a livello legislativo e sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le "attività" a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi, 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".

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

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	<p>Codice Aziendale A0078</p> <p>Pagina 11 di 49 Edizione 1 Revisione 2</p>
---	---	---

b. Valutazione del rischio

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

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

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

b1. Identificazione del rischio

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

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

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

Le attività di cui ai punti a, b e c sono state condotte così come riportato nella tabella 2.

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p align="center">PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 12 di 49 Edizione 1 Revisione 1</p>
---	---	--

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
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO Commissioni	A1 Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi Dirigenziali	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina della commissione • Svolgimento dell'attività valutativa 	ALTO	Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte Commissioni	A2 Affidamento incarichi di collaborazione esterna	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina della commissione • Svolgimento dell'attività valutativa • Svolgimento delle prove 	ALTO	Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO

<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p> <p>S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte</p> <p>S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. – ex ASF</p>	<p>A3</p> <p>Gestione contratti di collaborazione esterna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stesura del contratto • Esecuzione del contratto • Liquidazione corrispettivi 	<p>ALTO</p>	<p>Direttore</p> <p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p>
<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p> <p>S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte</p> <p>S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. – ex ASF</p>	<p>A4</p> <p>Gestione del rapporto di lavoro del personale in regime istituzionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento dell'attività valutativa • Correzione del sistema elettronico di gestione dell'orario 	<p>MEDIO</p>	<p>Direttore</p> <p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p>
<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p> <p>S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte</p> <p>S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. – ex ASF</p>	<p>A5</p> <p>Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svolgimento dell'attività valutativa 	<p>ALTO</p>	<p>Direttore</p> <p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p>

<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO Singoli DEC e RUPA</p>	<p>A6 Individuazione DEC (Direttori Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale")</p>	<p>• Nomina del DEC e RUPA</p>	<p>MEDIO</p>	<p>Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p>
<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti ISPO Singoli DEC</p>	<p>A7 Gestione dell'esecuzione del contratto, liquidazione e pagamento di servizi e forniture</p>	<p>• Gestione rapporti con i fornitori • Attività di liquidazione</p>	<p>MEDIO</p>	<p>Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO Direttore S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti ISPO</p>
<p>S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte S.C. Gestione del personale e rapporti con le OO.SS. – ex ASF</p>	<p>A8 Rimborsi spese</p>	<p>• Svolgimento dell'attività valutativa • Determinazione dell'importo da rimborsare</p>	<p>ALTO</p>	<p>Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO</p>

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 15 di 49 Edizione 1 Revisione 2
---	---	---

S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte	A9 Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno • Attribuzione del progetto • Svolgimento dell'attività valutativa 	ALTO	Direttore S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca ISPO
Direzione Sanitaria S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte	A10 Libera professione intramoenia ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizzazione all'esercizio • Svolgimento dell'attività valutativa • Prenotazione delle prestazioni 	ALTO	Direzione Sanitaria
Direzione Sanitaria S.C., S.S. e P.O. ISPO coinvolte	A11 Formazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno • Attribuzione incarichi di docenza • Iscrizione ad eventi formativi individuali 	MEDIO	Direzione Sanitaria

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.

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

È compito dei Direttori 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 RTPC. Il RTPC potrà richiedere approfondimenti o indicatori ulteriori.

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

8. Controllo sui procedimenti amministrativi

La Legge n. 190/2012 ha introdotto una serie di modifiche alla Legge 7 agosto 1990 n. 241, in particolare prevedendo che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale debbano astenersi in caso di conflitto di interesse e segnalare ogni situazione, anche potenziale, di conflitto.

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.

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.

11. Attività di formazione

11.1 Oggetto e finalità

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

- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- 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.

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

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 temi dell'etica e della legalità, della trasparenza, i contenuti del P.T.P.C. e del Codice di comportamento dei dipendenti ex DPR 62/2013. Tali tematiche saranno affrontate mediante l'analisi di casi pratici tipici del contesto lavorativo, al fine di far emergere il comportamento eticamente adeguato nelle diverse fattispecie.

Tali percorsi saranno strutturati su due livelli, come specificato nei paragrafi 10.2 e 10.3:

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

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

11.2 Percorsi formativi di livello specifico

La programmazione delle attività formative di livello specifico intende assicurare la più ampia partecipazione del personale che, a vario titolo, opera in ambiti esposti a rischio di corruzione.

La formazione "specificata" coinvolgerà il RTPC ed i Referenti della prevenzione della corruzione 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.

11.3 Percorsi formativi di livello generale

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

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 RTPC.

12. Ulteriori azioni a tutela dell'anticorruzione

12.1 Incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi

La struttura competente al conferimento degli incarichi dirigenziali deve 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.

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

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

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa 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 del 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.

13. 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.

14. Patti di integrità

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

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

15. Rapporto con il ciclo della performance

L'Istituto 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 Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" e per rendere maggiormente sinergico il P.T.P.C. 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 RTPC sarà coinvolto nella individuazione degli obiettivi annuali di budget dei CdR.

16. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ottica della massima divulgazione del canone della legalità, il RTPC, in coerenza con le indicazioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti adottato, appronterà tutte le misure volte alla collaborazione con le diverse

rappresentanze della società civile del territorio di riferimento, al fine della condivisione delle esigenze sottese alle caratteristiche della popolazione interessata all'attività di ISPO.

17. Relazione dell'attività svolta

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

18. 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.

19. Controllo e prevenzione del rischio

Il RTPC 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;
- verifica adempimenti sulla trasparenza.

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

20. Pianificazione triennale

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

Tabella 4 – Principali azioni previste	
Periodo di riferimento	Azioni
2016-2018	Monitoraggio nelle aree qualificate a rischio prioritario, anche attraverso audit specifici
	Realizzazione delle iniziative formative ed informative
	Estensione della mappatura dei processi
	Verifica inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi
	Individuazione di item legati alla prevenzione della corruzione, all’etica, all’integrità, alla trasparenza da utilizzare per la valutazione della performance individuale dei dirigenti e dei dipendenti titolari di posizioni organizzative
	Traduzione degli obiettivi di prevenzione della corruzione in obiettivi assegnati ai CdR attraverso la previsione di specifici item nelle schede di budget
	Informatizzazione della procedura per la segnalazione di illeciti

21. Obblighi di trasparenza

Il **Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità (P.T.T.I.)**, di seguito denominato Programma, costituisce parte integrante del P.T.P.C. ed è stato inserito dal 2015 come allegato tecnico e denominato allegato 1. La sezione “Amministrazione Trasparente”, accessibile dalla home page del sito aziendale, contiene le informazioni previste dalla normativa vigente.

I dettagli sono indicati nel Programma dell’Istituto.

22. Disposizioni finali

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



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(P.T.P.C.) 2016-2018**

Codice Aziendale
A0078

Pagina 22 di 49
Edizione 1
Revisione 2

ALLEGATO 1

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (P.T.T.I) 2016-2018

1. Oggetto e finalità

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

Posto che questa non può prescindere dalla diffusione e dal consolidamento di una cultura di integrità e trasparenza nella conduzione delle attività, a tutela del buon andamento e dell'imparzialità della propria azione, delle aspettative degli utenti e del lavoro dei propri dipendenti, l'Istituto ritiene indispensabile proseguire il percorso intrapreso in relazione a tali tematiche.

Nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.), di seguito denominato Programma sono riportate in maniera organica tutte le iniziative e le misure da assumere previste per il triennio di riferimento 2016-2018, finalizzate a garantire un adeguato livello di trasparenza e lo sviluppo di una cultura della legalità dell'integrità.

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

- **Legge n. 190 del 06.11.2012** "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- **Linee Guida dei siti web delle pubbliche amministrazioni**, emanate negli anni 2010 e 2011 dal Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione ai sensi dell'articolo 4 della Circolare Ministeriale n. 8 del 2009;
- **Delibera CIVIT (ora ANAC) n. 105 del 14.10. 2010** Linee Guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'Integrità (art. 13, comma 6, lettera e del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150);
- **Delibera CIVIT n. 2 del 10.01. 2012** Linee Guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'Integrità;
- **Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013** Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni
- **Delibera CIVIT n. 50 del 4.7.2013** Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016;
- **Deliberazione Garante per la privacy n. 243 del 15.05.2014** Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web emanate dal Garante per la privacy con Delibera n. 243 del 15 maggio 2014;
- **Delibera ANAC n. 144 del 7.10.2014** "Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle Pubbliche Amministrazione".

Le attività definite nel Programma sono volte a rafforzare la fiducia dei cittadini-utenti nell'Istituto e a coinvolgere e sensibilizzare tutto il personale rispetto ai percorsi attivati.

La trasparenza deve favorire forme di controllo sul rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità della Pubblica Amministrazione. In tal senso la trasparenza rappresenta uno dei principali strumenti finalizzati alla prevenzione della corruzione.

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

L'Istituto sul proprio sito istituzionale si è dotato della sezione denominata "Amministrazione trasparente" nella quale devono essere pubblicati tutti i dati e le informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Istituto secondo modelli standardizzati.

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

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

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

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

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

2. Responsabilità

2.1 Le responsabilità in materia di adempimenti sulla trasparenza

I responsabili della produzione e dell'aggiornamento dei dati di cui al presente Programma sono individuati nella Scheda "Pianificazione delle azioni di pubblicazione ed aggiornamento della sezione Amministrazione Trasparente del sito dell'Istituto" con riferimento al secondo livello della sottosezione "Tipologie di dati" (tipologia così denominata nella Delibera CIVIT n. 50 del 4.7.2013 Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016).

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

Il Responsabile della trasparenza, denominato RTPC, ha il compito di:

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

2.2 Il sistema di monitoraggio interno sull'attuazione del Programma

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

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

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

3. Descrizione delle attività

3.1 Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

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

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

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

Il Programma, una volta approvato, verrà inviato all'OIV, per consentirne lo svolgimento dei compiti spettanti in materia di trasparenza ed integrità, e verrà pubblicato sul sito internet aziendale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

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

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

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

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

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

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

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

I dati pubblicati devono essere contestualizzati mediante l'apposizione della data a cui gli stessi fanno riferimento.

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

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

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

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

3.3.1 Giornate della trasparenza

Per quanto riguarda invece la partecipazione ed il coinvolgimento dell'utenza e degli altri stakeholder nelle scelte e nei percorsi seguiti per garantire la piena accessibilità, si prevede di attivare specifici incontri, denominati "giornate della trasparenza e della legalità" per mettere a conoscenza i presenti circa le misure adottate dall'Istituto a favore della trasparenza e della legalità. Le suddette giornate, anche ai fini di ottimizzazione delle risorse potranno eventualmente essere strutturate sotto forma di "focus group".

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

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

3.3.2 Attività di promozione, diffusione e formazione

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

3.3.3 Posta Elettronica Certificata e progetti per l'informatizzazione

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

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

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

L'Istituto si prefigge, nel triennio di riferimento (2016-2018), non solo l'obiettivo di realizzare una sempre più ampia informatizzazione nella trasmissione dei documenti, ma anche quello di informatizzare i propri procedimenti, obiettivo quest'ultimo che, garantendo una maggiore tracciabilità dei passaggi operativi e decisionali, rappresenta senz'altro uno strumento utile anche al fine di conseguire una maggiore trasparenza nelle modalità di gestione dei servizi.

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 27 di 49 Edizione 1 Revisione 2</p>
---	--	--

Scheda "Pianificazione delle azioni di pubblicazione ed aggiornamento della sezione Amministrazione Trasparente del sito dell'Istituto"

Iniziativa	Descrizione	Riferimento normativo	Periodicità aggiornamento	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018	RESPONSABILI RACCOLTA E AGGIORNAMENTO DEI DATI	STRUMENTI DI MONITORAGGIO
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 14, c. 4, lett. g), d.lgs. n. 150/2009	Annuale e in relazione a delibere ANAC	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria OIV	Rilevazione trimestrale puntuale 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	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013, Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018		Codice Aziendale A0078 Pagina 28 di 49 Edizione 1 Revisione 2	

	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, c. 3-bis, dl n. 69/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013, Art. 14 c. 1, d.lgs. n. 33/2013, Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982, Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b) c), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

Organizzazione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078
		Pagina 29 di 49 Edizione 1 Revisione 2

Consulenti e collaboratori		Art. 15, c.1, lett b), lett. c), lett. d) c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane/Referente Attività Amministrative di supporto Area Ricerca	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Art. 15, c. 1, c. 2 d.lgs. n. 33/2013, Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013, Art. 20, c. 3, d.lgs n. 39/2013	Tempestivo/Annuale	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
		Dirigenti	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013, Art. 15, c. 1, c. 2, c. 5, d.lgs. n. 33/2013, Art. 20, c. 3, d.lgs n. 39/2013 Art. 19, c. 1-bis, d.lgs n. 165/2001, Art. 1, c. 7, D.PR n. 108/2004	Tempestivo/Annuale	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane
		Posizioni organizzative	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078
		Pagina 30 di 49 Edizione 1 Revisione 2

Dotazione organica	Art. 16, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane/ Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, c.2, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale/Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Trimestrale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo/Annuale	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campioni

	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria OIV	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Bandi di concorso		Art. 19, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 23, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da pubblicare	Da aggiornare	Segreteria di Direzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CIVIT n. 6/2012	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria OIV	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078
		Pagina 32 di 49 Edizione 1 Revisione 2

Enti controllati	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	Par. 4, delib. CIVITI n. 23/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Segreteria OIV	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Risorse Umane	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Criticità Relazionali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	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	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale 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	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078
		Pagina 33 di 49 Edizione 1 Revisione 2

	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, c. 16, c. 29, l. n. 190/2012 Art. 2, c. 9-bis, l. n. 241/1990	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate / Referente URP	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013, Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018		Codice Aziendale A0078 Pagina 34 di 49 Edizione 1 Revisione 2	

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Atti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Ufficio Atti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Controlli sulle imprese		Art. 25, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
		Art. 37, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 65, 66, 122, 124, 206, 223, d.lgs. n.163/2006 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013 Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012	Tempestivo/Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Attività Tecnico/patrimoniali ed economici	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Attività Amministrative di supporto Area Ricerca./Referente Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018		Codice Aziendale A0078 Pagina 35 di 49 Edizione 1 Revisione 2	

	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 27, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, D.P.R. n. 118/2000	Tempestivo/Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Attività Amministrative di supporto Area Ricerca/Referente Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
		Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Patrimonio	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Patrimonio	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018		Codice Aziendale A0078 Pagina 36 di 49 Edizione 1 Revisione 2	

Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente URP	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Class action	Art. 1, c. 2, art. 4, c. 2 e c. 6, d. lgs. n. 198/2009,	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Affari Generali	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Liste di Attesa	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da rivedere ed aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Referente Liste di Attesa	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
	Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 37 di 49 Edizione 1 Revisione 2
---	---	---

	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Opere pubbliche		Art. 38, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto	Non applicabile all'Istituto		
Altri contenuti - Corruzione		Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 delib. CIVIT n. 105/2010 e 2/2012 Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012 Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo/Annuale	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(P.T.P.C.) 2016-2018**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 38 di 49
Edizione 1
Revisione 2

Altri contenuti - Accesso civico		Art. 5, c. 1, c. 4 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005, Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012, Art. 63, c. 3-bis, 3-quater, d. lgs. n. 82/2005	Annuale	Da rivedere	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione
Altri contenuti - Dati ulteriori		Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Tempestivo	Da aggiornare	Da aggiornare	Da aggiornare	Responsabili S.C./S.S. interessate	Rilevazione trimestrale puntuale o verifiche a campione

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 39 di 49 Edizione 1 Revisione 2</p>
---	--	--

ALLEGATO 2

MAPPATURA DEI PROCESSI

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 40 di 49 Edizione 1 Revisione 2
---	---	---

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	Analisi costi attività per valutazioni economiche	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	6,00
2	Gestione del Piano dei Centri di Costo e del Piano dei Fattori Produttivi Aziendale	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	1,67

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 41 di 49 Edizione 1 Revisione 2
--	---	---

3	Predisposizione reportistica Direzionale e per CdR	Attività di monitoraggio periodico di indicatori economici e/o quali-quantitativi a livello generale d'azienda e di singolo CdR/CdC.		Controllo di ISPO	Gestione di	BASSO	3,67
4	Gestione e monitoraggio del processo di budget per CdR	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 ISPO	Gestione di	BASSO	4,00
5	Monitoraggio annuale, trimestrale e mensile CE e annuale SP	Rilevazione periodica in cui gli enti del SSN rappresentano i costi sostenuti e la situazione patrimoniale.	Decreto 15 giugno Ministero della Salute	Controllo di ISPO	Gestione di	BASSO	4,08
6	Predisposizione Modello Ministeriale per Livelli di Assistenza	Rilevazione annuale in cui gli enti del SSN rappresentano i costi sostenuti per ciascun livello di assistenza erogato.	DPCM 29 novembre 2001	Controllo di ISPO	Gestione di	BASSO	3,50
7	Predisposizione Relazione Allegata al Conto Annuale	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 ISPO	Gestione di	BASSO	3,50

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 42 di 49 Edizione 1 Revisione 2</p>
---	--	--

8	Adozione bilancio d'esercizio	<p>Processo con il quale il Direttore Generale arriva a determinare il risultato d'esercizio attraverso l'approvazione dei documenti che obbligatori che lo compongono (Conto Economico, Stato Patrimoniale, Nota Integrativa e Relazione sulla gestione).</p>	<p>L.R. 40/2005 e ss.mm.ii, D.Lgs. 118/2011, Principi contabili regionali e nazionali, Codice civile</p>	<p>S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO</p>	<p>BASSO</p>	<p>5,00</p>
9	Certificazione crediti	<p>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.</p>	<p>DM 25 giugno 2012 e DM 24 settembre 2012 (ministero dell'economia e delle finanze)</p>	<p>S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF</p>	<p>MEDIO</p>	<p>5,25</p>
10	Gestione contabile prima nota: rilevazioni di costo e di ricavo	<p>Gestione della prima nota - registro non obbligatorio- utilizzata in contabilità per registrare tutti i movimenti economici di una azienda</p>	<p>Principi contabili e civilistici</p>	<p>S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO (per finalizzati)</p>	<p>BASSO</p>	<p>3,00</p>
11	Liquidazione e versamento imposte, tasse, contributi	<p>Verifica e pagamento delle imposte, tasse e contributi dovuti dall'ente per le attività svolte attraverso procedure telematiche.</p>	<p>Normativa fiscale e tributaria vigente</p>	<p>S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF</p>	<p>BASSO</p>	<p>2,75</p>

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018		Codice Aziendale A0078 Pagina 43 di 49 Edizione 1 Revisione 2

12	Fatturazione attiva	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 riscuotere il corrispettivo.	Normativa fiscale e tributaria vigente	S.C. Contabilità generale e Piano Investimenti ASF e Contabilità ISPO (per finalizzati)	MEDIO	7,00
13	Adozione bilancio preventivo annuale e pluriennale	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	4,00
14	Emissione mandati di pagamento	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	5,33
15	Gestione rapporti di cassa	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	6,33
16	Emissione/regolazione reversali di incasso	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	2,25

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 44 di 49 Edizione 1 Revisione 2
---	---	---

17	Liquidazione fatture per trasferimenti alle UU.OO. esterne partecipanti	Procedimento amministrativo attraverso il quale vengono verificate le condizioni idonee alla messa in pagamento della fattura.		Contabilità ISPO	MEDIO	7,67
18	Gestione del Piano dei Conti e delle autorizzazioni di Contabilità Generale	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	3,00
19	Impignorabilità somme indisponibili	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	3,75
20	Gestione contabile finanziamenti finalizzati	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	2,08
21	Gestione rapporti clienti fornitori	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	7,29

Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici						
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	Stesura Piano di Formazione Annuale	Raccolta proposte formative, assemblaggio e revisione dei contenuti, stesura del piano economico. Presentazione alla Direzione Aziendale per approvazione.	L. R. n. 40/2005; Accordo del Stato-Regioni 19.4.2012; Delibera GRT n. 599/2012	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; tutte le SC, SS e PO ISPO; Direzione Aziendale	MEDIO	6,38
2	Attuazione Piano di Formazione Annuale	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	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; Responsabili Scientifici degli eventi; FORMAS	BASSO	2,08
3	Rendicontazione del Piano di Formazione Annuale	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	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; FORMAS	BASSO	2,50

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 46 di 49 Edizione 1 Revisione 2</p>
---	--	--

4	Attività Editoriali	Stesura report, documenti di divulgazione, monografie scientifiche.	Principi e norme di tipo redazionale	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; tutte le SC, SS e PO ISPO; Uffici Amministrativi preposti ISPO; ESTAR	MEDIO	5,54
5	Stesura Piano di Comunicazione Annuale	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	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; Direzione Aziendale	BASSO	4,08
6	Realizzazione di eventi di comunicazione istituzionale ed informazione	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	S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; Direzione Aziendale; FORMAS	BASSO	4,38

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(P.T.P.C.) 2016-2018**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 47 di 49
Edizione 1
Revisione 2

7	<p>Implementazione del sito istituzionale</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; tutte le SC, SS e PO ISPO</p>	<p>BASSO</p>	<p>4,58</p>
8	<p>Newsletter "Prevenzione Toscana Centro News"</p>	<p>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.</p>	<p>Principi e norme di tipo redazionale</p>	<p>S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; tutte le SC, SS e PO ISPO</p>	<p>BASSO</p>	<p>4,58</p>
9	<p>Implementazione della Carta dei Servizi</p>	<p>Aggiornamento periodico dei servizi offerti dall'Istituto nell'ottica di fornire un adeguato strumento di orientamento nei percorsi di cura ed informazione all'utenza</p>	<p>Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994; Legge n. 273/1995</p>	<p>S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione; tutte le SC, SS e PO ISPO</p>	<p>BASSO</p>	<p>3,67</p>

N° prog.		DESCRIZIONE DEL PROCESSO	Strutture operative coinvolte		Rischio Corruzione stimato	Probabilità rischio corruzione X impatto rischio corruzione
			Breve descrizione	Riferimenti normativi utili		
1		<p>Libera professione intramoenia ambulatoriale</p> <p>Prenotazione Erogazione della prestazione; Fatturazione Verifica pagamento prestazioni; Report volumi attività Libera Professione.</p>	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL	S.C. Prevenzione secondaria Screening, S.C. Senologia, S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	ALTO	11,92
2		<p>Liste di attesa</p> <p>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.</p>	Normativa Ministero Salute, Regolamenti e delibere ISPO	S.C. Prevenzione secondaria Screening, S.C. Senologia, S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	BASSO	3,5
3		<p>Formazione del personale</p> <p>Rilevazione dei fabbisogni formativi; Pianificazione degli eventi formativi; Attuazione degli eventi formativi; Verifica dei risultati; Stesura di una relazione.</p>	Regolamento Ispo, Delibere GRT, CCNL	Direzione Aziendale	MEDIO	7,5

 <p>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (P.T.P.C.) 2016-2018	Codice Aziendale A0078 Pagina 49 di 49 Edizione 1 Revisione 2
---	---	---

4	Gestione reclami	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	4,33
5	Sorveglianza sanitaria	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; Istruzione, 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	2,67