



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.P.G.R.T. n. 177 del 16/12/2016)

N° 29 del 30/01/2019

Oggetto: Approvazione "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) 2019-2021"		
Struttura Proponente	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Dott.ssa <u>Barbara Mengoni</u>
	Dipartimento Amministrativo	Dott. Mario <u>Piccoli Mazzini</u>
	S.S. Bilancio, Contabilità ed Investimenti	Dott.ssa <u>Cristina Gheri</u>
	Responsabile del procedimento	Dott.ssa <u>Barbara Mengoni</u>
	Estensore	
Allegati n.	1	

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa	Conto Economico	Anno

Eseguibile a norma di Legge dal

14 FEB. 2019

Pubblicato a norma di Legge il

30 GEN. 2019

Inviato al Collegio Sindacale il

30 GEN. 2019

IL DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, con sede in Via Cosimo il Vecchio 2 - 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 177 del 16/12/2016.

Visti:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale Toscana 14 dicembre 2017, n. 74 che stabilisce che, a seguito dell'assorbimento delle funzioni dell'Istituto toscano tumori (ITT), l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica assume la denominazione di Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO);
- Deliberazione DG n. 150 del 31 maggio 2018 con la quale è stato adottato lo Statuto ed il Regolamento di organizzazione dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO);

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 (PTPC) entro il 31 gennaio di ogni anno;
- il D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ha individuato la trasparenza come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- il Decreto di cui sopra ha previsto che ogni Pubblica Amministrazione indichi in un'apposita sezione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, eliminando l'obbligo di redigere il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

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

Vista la Delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018 "Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";

Rilevata la necessità di redigere il PTPC per il triennio 2019-2021 per l'assolvimento degli obblighi in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, trasparenza ed integrità;

Dato atto che il presente PTPC è stato trasmesso, prima del suo inserimento in procedura aperta, ai Direttori S.C./S.S., ai titolari di incarichi di organizzazione, al RASA, ai componenti del Gruppo per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione e al Clinical Risk Manager affinché la sua stesura fosse condivisa e partecipata internamente;

Preso atto che il presente PTPC è stato inoltre diffuso ai principali portatori di interesse (OO.SS., Associazioni che hanno aderito al Comitato di partecipazione) e che, nell'ottica di dare ampia visibilità delle misure intraprese nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza ed integrità, è stato pubblicato in procedura aperta nella sezione Amministrazione Trasparente del sito ISPRO - sottosezione Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione;

Rilevata la legittimità e la congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante l'istruttoria effettuata;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo n. 502/1992 e ss.mm.ii.;

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama:

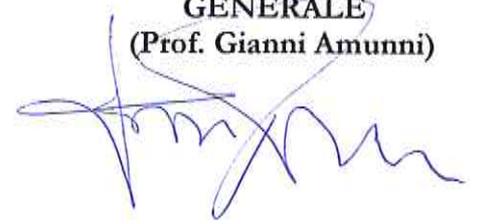
1. di approvare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) 2019-2021, ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, la trasparenza e l'integrità;
2. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40/2005 ss.mm.ii. 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 (PTPC) dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) 2019-2021

n. pagine 131

STRUTTURE AZIENDALI DA PARTECIPARE:

Ai Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza dell'Istituto (Direttori S.C./S.S., titolari di incarichi di organizzazione e Clinical Risk Manager)

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



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2019-2021**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 1 di 131
Edizione 2
Revisione 0

Allegato "A" alla Deliberazione n. 29 del 30 GEN. 2019

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC)
dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)**

2019-2021

Gruppo di redazione: Simona Benedetti, Antonella Cipriani, Cristina Gheri, Teresa Macri, Barbara Mengoni, Guido Miccinesi, Paolo Nardini, Aurelio Pellirone

	NOME E COGNOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Barbara Mengoni	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza		
VERIFICA	Aurelio Pellirone	Referente Qualità e Accreditamento Istituzionale		
APPROVAZIONE	Gianni Amunni	Direttore Generale		



INDICE

1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC): cosa è e a cosa serve	4
1.1 Introduzione.....	4
1.2 Oggetto e finalità.....	4
2. Gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione	4
3. I soggetti coinvolti: chi fa cosa.....	5
3.1 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	5
3.2 Il Gruppo di lavoro per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione.....	6
3.3 I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	6
3.4 I Dirigenti.....	7
3.5 I Dipendenti	7
3.6 Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).....	7
3.7 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).....	8
3.8 L'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari.....	8
3.9 Il Coordinamento Regionale dei RPCT.....	8
3.10 Il Responsabile della protezione dei dati	9
3.11 Il Responsabile per la transizione digitale.....	9
3.12 Gli altri soggetti	9
4. La contestualizzazione del Piano.....	9
4.1 Contesto esterno: analisi internazionale, nazionale, regionale e locale.....	9
4.2 Contesto interno.....	15
5. Le aree di rischio prioritario e le azioni previste per il triennio	20
5.1 Le fasi del processo di gestione del rischio	20
5.2 Monitoraggio delle aree di rischio prioritarie.....	25
5.3 Le azioni previste per il triennio.....	26
6. Gli Strumenti della prevenzione della corruzione	30
6.1 Codice etico e di comportamento dei dipendenti.....	30
6.2 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	30
6.3 Conflitto di interessi ed obbligo di astensione.....	31
6.4 Incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi	31
6.5 Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	31
6.6 Whistleblowing.....	32
6.7 Patti di integrità.....	33
6.8 Composizione delle Commissioni di concorso.....	33
6.9 Ruolo del RUP, del RES e del DEC.....	34
6.10 Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN	36
6.11 Informazione, divulgazione e formazione	36



7. Il Sistema dei controlli.....	38
7.1 Controllo e prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni.....	38
7.2 Il sistema dei controlli interni.....	39
7.3 L'Internal Audit.....	40
7.4 La certificazione volontaria del bilancio	40
7.5 Il PAC (percorso attuativo di certificabilità).....	40
8. Performance	41
9. Trasparenza	41
9.1. Inquadramento del principio di trasparenza	41
9.2 I Responsabili della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.....	42
9.3 Misure per assicurare l'attuazione della normativa sulla trasparenza	42
9.4 Obblighi di pubblicazione ulteriori rispetto a quelli previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.....	42
9.5 Accesso civico semplice e accesso generalizzato	43
10. Relazione dell'attività svolta	44
11. Antiriciclaggio	44
12. Disposizioni finali.....	45
Allegato 1 “Normativa di riferimento”	46
Allegato 2 “Mappatura dei processi”	47
Allegato 3 “Sezione Amministrazione Trasparente - tabella obblighi di pubblicazione”	81



1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC): cosa è e a cosa serve

1.1 Introduzione

La sempre maggiore attenzione alla prevenzione dei fenomeni corruttivi nell'amministrazione della *res publica* ha portato all'approvazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", che ha disciplinato in modo organico un piano di azione, coordinata su tutto il territorio nazionale, volto al controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. La corruzione, e più generale il malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ha un costo per la collettività, non solo diretto come, ad esempio, nel caso di pagamenti illeciti, ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare i valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) di ISPRO (di seguito denominato Piano), viene adottato tenuto conto della normativa e delle indicazioni della Funzione Pubblica e dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) disponibili alla data di approvazione.

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 ISPRO.

La violazione, da parte dei dipendenti di ISPRO, 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 ISPRO 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. Gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione

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



Obiettivo 1 - Incentivare attività di informazione e formazione

Promuovere iniziative sui temi inerenti la materia, finalizzate ad una sempre maggiore sensibilizzazione alla cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità, anche nel rispetto del Codice etico e di comportamento dell'Istituto.

Obiettivo 2 - Incentivare ed approfondire l'analisi dei processi

Promuovere la mappatura dei processi delle Strutture per individuare quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione o illegalità.

Obiettivo 3 - Prevedere monitoraggi periodici delle attività più esposte a rischio di corruzione

Effettuare monitoraggi e verificare l'attuazione delle misure previste nel PTPC.

Obiettivo 4 - Implementazione dei livelli di trasparenza e di integrità

Miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi nella Sezione Amministrazione Trasparente, per garantire semplicità di consultazione e comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate, attraverso:

- la pubblicazione dei dati in formato open data;
- il costante aggiornamento e la completezza dei dati/informazioni.

Maggiori livelli di trasparenza possono essere perseguiti anche attraverso l'individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

3. I soggetti coinvolti: chi fa cosa

3.1 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

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

Il Piano viene pubblicato, a cura del RPCT sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione".

Ai sensi della Legge n. 190/2012, del D.Lgs. n. 33/2013 e di quanto previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione, il RPCT deve, in particolare:

- provvedere al monitoraggio del Piano, nonché alla costante valutazione della sua idoneità proponendone altresì la modifica e l'aggiornamento;
- provvedere ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1 comma 11 Legge n. 190/2012;
- verificare, di intesa con il dirigente competente l'effettiva rotazione degli incarichi nelle strutture preposte allo svolgimento di attività mappate come a "rischio elevato" di corruzione;
- pubblicare nel sito istituzionale la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta, secondo lo schema predefinito e la tempistica indicata dall'ANAC;
- controllare e assicurare, insieme ai dirigenti responsabili, la regolare attuazione dell'accesso civico e

generalizzato;

- segnalare all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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

- verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazioni per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale;
- effettuare, tramite i Referenti e l'apposito Gruppo di lavoro di cui ai successivi paragrafi, audit interni presso le strutture organizzative di ISPRO al fine di tracciare e analizzare, per i processi sottoposti a verifica, i percorsi seguiti individuando eventuali aspetti critici e possibili azioni migliorative.

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

3.2 Il Gruppo di lavoro per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione

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

Il Gruppo si riunisce periodicamente e supporta l'RPCT nelle attività, ivi inclusi la redazione dei principali documenti in materia e lo svolgimento degli audit interni previsti nel PTPC.

3.3 I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione, in ISPRO sono individuati come segue:

- Responsabili di Struttura Complessa e Semplice;
- titolari di incarichi di organizzazione;
- Clinical Risk Manager.

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

In particolare Direttori di S.C./S.S. e titolari di incarichi di organizzazione:

- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento verificando le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale.



3.4 I Dirigenti

I Dirigenti di ISPRO:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti di cui al punto 3.3 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;
- osservano le misure contenute nel Piano.

3.5 I Dipendenti

Tutti i Dipendenti di ISPRO sono tenuti alla:

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

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

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

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

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

3.6 Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Ai sensi del PNA 2016 e del Comunicato del Presidente ANAC del 20.12.2017 al fine di assicurare l’effettivo inserimento dei dati nell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l’individuazione del soggetto preposto all’iscrizione e all’aggiornamento, almeno annuale, dei dati ed ad indicarne il nome all’interno del PTPC. Tale soggetto nominato dalla stazione appaltante quale responsabile per l’Anagrafe Unica provvederà alla verifica ed al successivo aggiornamento delle informazioni presenti nell’AUSA. E’ stata individuata dal Direttore Amministrativo in data 22 gennaio 2018 quale RASA per l’Istituto la Dott.ssa Carmela Gamma, dirigente amministrativo presso il S.S. Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economali.



3.7 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'OIV partecipa al processo di gestione del rischio e di attuazione della trasparenza. In particolare:

- verificando la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- verificando, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificando i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- promuovendo ed attestando l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- ricevendo dal RPCT le segnalazioni riguardanti disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- esprimendo parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento.

3.8 L'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari

L'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari:

- collabora con il RPCT;
- attua i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento e sulla sua applicazione.

La violazione, da parte dei dipendenti dell'Istituto, delle misure di prevenzione previste dal presente Piano costituisce illecito disciplinare.

Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento e nell'ambito della propria organizzazione, individua l'ufficio per i procedimenti disciplinari competente per le infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale e ne attribuisce la titolarità e responsabilità.

3.9 Il Coordinamento Regionale dei RPCT

Il coordinamento regionale dei responsabili della prevenzione della corruzione del Servizio sanitario toscano (CRRA) è stato costituito con DGRT n. 1069 del 02/11/2016.

Il Coordinamento rappresenta un organismo tecnico istituito con lo scopo di promuovere l'integrità del sistema e garantire un supporto alle funzioni dei Responsabili della prevenzione della corruzione della sanità.

Il CRRA svolge funzioni di coordinamento e cooperazione al fine di:

- mappare e gestire i rischi nella loro dimensione effettiva e non solo locale ed aziendale;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato la trasparenza del servizio sanitario toscano.



3.10 Il Responsabile della protezione dei dati

In attuazione del Regolamento europeo 2016/679, con delibera ISPRO n. 175 del 25.06.2018 è stato individuato un Responsabile della Protezione dei dati esterno, con i compiti di facilitare l'osservanza delle disposizioni del regolamento europeo, fornire consulenza e vigilare sulla corretta applicazione della normativa in materia di protezione dei dati personali, fungere da punto di contatto con il Garante per la Protezione dei dati personali e tenere il registro delle attività di trattamento.

Secondo le indicazioni fornite da ANAC, il RPD, per quanto possibile, non deve coincidere con il RPCT. Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT (es. in materia di accesso civico/generalizzato/riesame), anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni (fonte PNA 2018).

3.11 Il Responsabile per la transizione digitale

Ai sensi del D.Lgs. n. 82 del 2005, art. 17, ciascuna pubblica amministrazione è tenuta a nominare un Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD) per la transizione alla modalità operativa digitale e per i conseguenti processi di riorganizzazione, finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità.

Il responsabile è dotato di adeguate competenze tecnologiche, di informatica giuridica e manageriali e risponde, con riferimento ai compiti relativi alla transizione, alla modalità digitale direttamente all'organo di vertice politico.

3.12 Gli 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.

4. La contestualizzazione del Piano

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.

4.1 Contesto esterno: analisi internazionale, nazionale, regionale e locale

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.

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

Nel corso del 2018 il processo di riorganizzazione del SSR ha riguardato anche l'Istituto in quanto è stato oggetto di un processo di riassorbimento di funzioni in precedenza svolte all'interno dell'Istituto Toscano Tumori.



4.1.1 Contesto internazionale

In materia di lotta alla corruzione fondamentale è la Convenzione ONU di Merida del 2003 alla quale l'Italia ha partecipato e ha formalmente ratificato nel 2009.

La convenzione di Merida, indicando obiettivi da perseguire e mezzi da utilizzare, ha fornito una cornice salda, all'interno della quale, però, ogni nazione può muoversi con autonomia e nel rispetto dei principi di fondo del proprio ordinamento, per stabilire specifiche misure di natura preventiva.

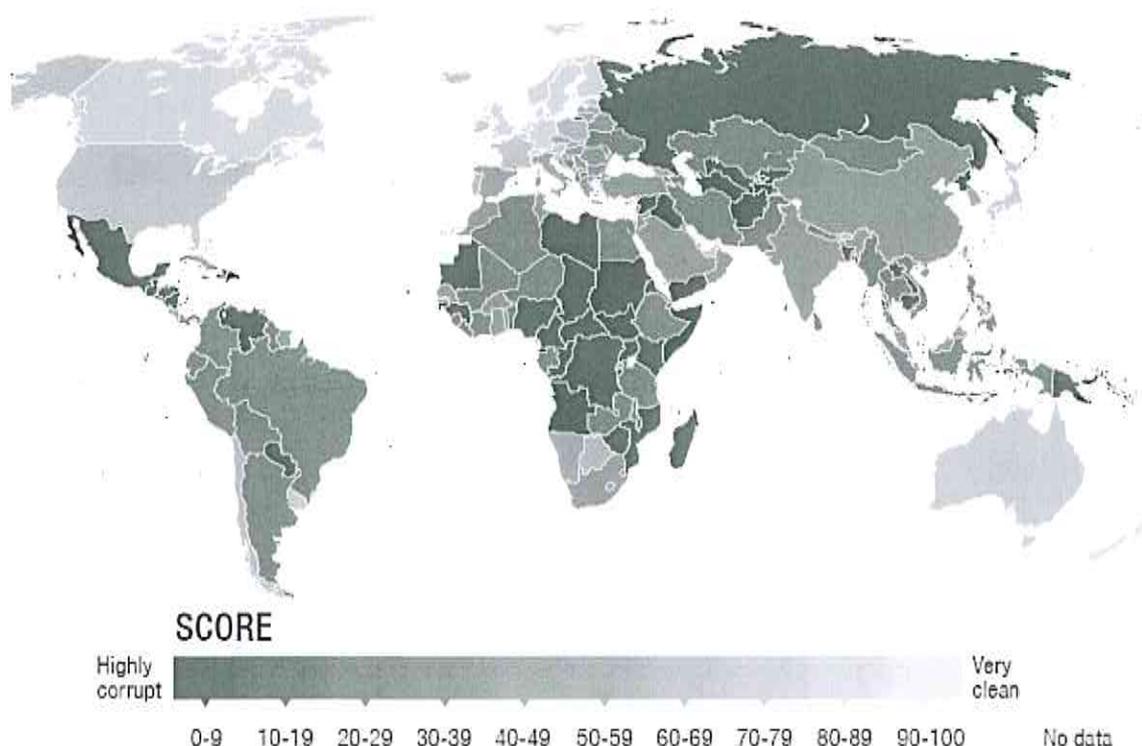
La Convenzione ONU di Merida del 2003 contiene due parti, l'una rivolta a rafforzare l'azione repressiva e penale, l'altra a potenziare quella preventiva. In essa (art. 5) è testualmente scritto che ciascuno Stato deve elaborare "delle politiche di prevenzione della corruzione efficaci e coordinate che favoriscano la partecipazione della società e rispecchino i principi di stato di diritto, di buona gestione degli affari pubblici e dei beni pubblici, d'integrità, di trasparenza e di responsabilità".

Fonte: Transparency International, Corruption Perceptions Index 2017

https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017

La corruzione è un reato difficile, se non impossibile, da rilevare nella sua interezza soprattutto a causa dell'elevatissima cifra oscura, cioè la parte sommersa del fenomeno. La rappresentazione del fenomeno che viene effettuata da Transparency International è fondata sulla percezione della corruzione, ovvero sulla "sensazione" soggettiva degli intervistati.

La percezione rappresentata nella immagine sottostante - Corruption Perceptions Index (CPI) - aggrega i dati da una serie di fonti che forniscono la percezione di uomini d'affari e di esperti nazionali sul livello di corruzione nel settore pubblico e permette di fare confronti con altri Paesi. All'interno del sito di Transparency International sono anche consultabili report sui risultati di sondaggi effettuati su cittadini.





RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE
1	New Zealand	89	23	France	70	68	Belarus	44
2	Denmark	88	23	Uruguay	70	68	Jamaica	44
3	Finland	85	25	Barbados	68	68	Oman	44
3	Norway	85	26	Bhutan	67	71	Bulgaria	43
3	Switzerland	85	26	Chile	67	71	South Africa	43
6	Singapore	84	28	Bahamas	65	71	Vanuatu	43
6	Sweden	84	29	Portugal	63	74	Burkina Faso	42
8	Canada	82	29	Qatar	63	74	Lesotho	42
8	Luxembourg	82	29	Taiwan	63	74	Tunisia	42
8	Netherlands	82	32	Brunei Darussalam	62	77	China	41
8	United Kingdom	82	32	Israel	62	77	Serbia	41
12	Germany	81	34	Botswana	61	77	Suriname	41
13	Australia	77	34	Slovenia	61	77	Trinidad and Tobago	41
13	Hong Kong	77	36	Poland	60	81	Ghana	40
13	Iceland	77	36	Seychelles	60	81	India	40
16	Austria	75	38	Costa Rica	59	81	Morocco	40
16	Belgium	75	38	Lithuania	59	81	Turkey	40
16	United States	75	40	Latvia	58	85	Argentina	39
19	Ireland	74	40	Saint Vincent and the Grenadines	58	85	Benin	39
20	Japan	73	42	Cyprus	57	85	Kosovo	39
21	Estonia	71	42	Czech Republic	57	85	Kuwait	39
21	United Arab Emirates	71	42	Dominica	57	85	Solomon Islands	39
			42	Spain	57	85	Swaziland	39
						91	Albania	38

RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE
			112	El Salvador	33	157	Haiti	22
91	Bosnia and Herzegovina	38	112	Maldives	33	157	Uzbekistan	22
91	Guyana	38	112	Niger	33	157	Zimbabwe	22
91	Sri Lanka	38	117	Ecuador	32	161	Cambodia	21
91	Timor-Leste	38	117	Egypt	32	161	Congo	21
96	Brazil	37	117	Gabon	32	161	Democratic Republic of Congo	21
96	Colombia	37	117	Pakistan	32	161	Tajikistan	21
96	Indonesia	37	117	Togo	32	165	Chad	20
96	Panama	37	122	Azerbaijan	31	165	Eritrea	20
96	Peru	37	122	Djibouti	31	167	Angola	19
96	Thailand	37	122	Kazakhstan	31	167	Turkmenistan	19
96	Zambia	37	122	Liberia	31	169	Iraq	18
103	Bahrain	36	122	Malawi	31	169	Venezuela	18
103	Côte D'Ivoire	36	122	Mali	31	171	Korea (North)	17
103	Mongolia	36	122	Nepal	31	171	Equatorial Guinea	17
103	Tanzania	36	122	Moldova	31	171	Guinea Bissau	17
107	Armenia	35	130	Gambia	30	171	Libya	17
107	Ethiopia	35	130	Iran	30	175	Sudan	16
107	Macedonia	35	130	Myanmar	30	175	Yemen	16
107	Vietnam	35	130	Sierra Leone	30	177	Afghanistan	15
111	Philippines	34	130	Ukraine	30	178	Syria	14
112	Algeria	33	135	Dominican Republic	29	179	South Sudan	12
112	Bolivia	33	135	Honduras	29	180	Somalia	9



4.1.2 Contesto nazionale

Fonte: Contrasto alla corruzione: il modello italiano, Intervento del Presidente dell'Anac Raffaele Cantone alla conferenza "La politica criminale ed il fenomeno della corruzione", Universidad Austral, Buenos Aires - Giovedì 13 settembre 2018

In Italia, malgrado la corruzione non sia affatto un fenomeno marginale, in media solo 1 processo ogni 200 fra quelli all'esame della Corte Suprema di Cassazione riguarda questi reati.

Questa peculiarità genera un problema di misurazione del fenomeno: i reati di corruzione conoscono un significativo livello di sommerso ed i numeri giudiziari sono inidonei, di conseguenza, a fotografare l'entità del fenomeno. Le uniche classificazioni che influenzano la reputazione di un Paese e orientano chi decide di investirvi, sono quelle di Transparency International. Sono rilevazioni, dunque, che non possono essere sottovalutate perché fotografano il tasso di fiducia nei confronti delle istituzioni ma non sono certo in grado di fornire dati scientificamente attendibili.

Negli ultimi anni, il diritto penale della corruzione è stato oggetto di tantissimi interventi di modifica. Sono state modificate le fattispecie delittuose, ne sono state introdotte delle nuove, si è inciso sul piano delle sanzioni, sia quelle principali che quelle accessorie, sono state introdotte misure patrimoniali molto rigorose (es. la confisca dei beni che costituiscono il profitto ed il prezzo del reato).

L'importanza anche di una prospettiva diversa, di tipo preventivo, è un tema al centro, da anni, del dibattito mondiale in materia di lotta alla corruzione e attuata in Italia nel 2012, con la Legge n. 190/2012, la cd. Severino.

Fonte: Report 2017, Curiamo la corruzione percezione rischi e sprechi in sanità Transparency International Italia

La situazione complessiva sembra essere in lento, ma costante miglioramento e, soprattutto, sembrano essere aumentate tanto la consapevolezza rispetto alla gravità del problema quanto la capacità di far fronte agli episodi di corruzione con gli strumenti più appropriati, qualora essi si verificano.

Le diverse misure introdotte negli ultimi anni, dal Piano di prevenzione della Corruzione, ai Codici di regolamento interni, ai Patti di integrità con le imprese, sembrano via via trasformarsi da puri adempimenti formali a concreti strumenti per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno. Soprattutto, e anche grazie ai percorsi di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'etica e della legalità che si stanno realizzando nella quasi totalità delle strutture, si sta diffondendo una cultura della legalità tra tutti gli operatori, che cominciano ad esercitare la propria capacità di controllo e ad utilizzare anche gli strumenti interni che hanno a disposizione, primo tra tutti quello delle segnalazioni. Nel 2017 l'ambito che viene segnalato come quello maggiormente suscettibile di illeciti è quello degli appalti, che è il settore dove si incontrano gli interessi del pubblico e del privato e dove la posta economica in gioco è ingente, segue il delicato ambito delle liste di attesa, dove si sfruttano gli interessi ad avere una cura efficace nel più breve tempo possibile da parte dei malati e dei loro familiari, e poi quello delle nomine, tanto del personale di base, quanto delle figure apicali.



Fonte: Report ISTAT 12 ottobre 2017: la corruzione in Italia: il punto di vista delle famiglie

Istat ha introdotto una serie di quesiti nell'indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016 per studiare il fenomeno della corruzione.

Si stima che il 7,9% delle famiglie nel corso della vita sia stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi). L'indicatore complessivo (7,9%) raggiunge il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione.

La corruzione ha riguardato in primo luogo il settore lavorativo (3,2% delle famiglie), soprattutto nel momento della ricerca di lavoro, della partecipazione a concorsi o dell'avvio di un'attività lavorativa (2,7%).

Il 2,7% delle famiglie che hanno fatto domanda di benefici assistenziali (contributi, sussidi, alloggi sociali o popolari, pensioni di invalidità o altri benefici) si stima abbia ricevuto una richiesta di denaro o scambi di favori. In ambito sanitario episodi di corruzione hanno coinvolto il 2,4% delle famiglie necessitanti di visite mediche specialistiche o accertamenti diagnostici, ricoveri o interventi. Le famiglie che si sono rivolte agli uffici pubblici nel 2,1% dei casi hanno avuto richieste di denaro, regali o favori.

La contropartita più frequente nella dinamica corruttiva è il denaro (60,3%), seguono il commercio di favori, nomine, trattamenti privilegiati (16,1%), i regali (9,2%) e, in misura minore, altri favori (7,6%) o una prestazione sessuale (4,6%).

Tra le famiglie che hanno acconsentito a pagare, l'85,2% ritiene che sia stato utile per ottenere quanto desiderato.

Tra i casi non formalmente classificabili come corruzione si stima che al 9,7% delle famiglie (più di 2 milioni 100mila) sia stato chiesto di effettuare una visita a pagamento nello studio privato del medico prima di accedere al servizio pubblico per essere curati.

Il 3,7% dei residenti fra 18 e 80 anni (oltre 1 milione 700mila) ha ricevuto offerte di denaro, favori o regali in cambio del voto alle elezioni amministrative, politiche o europee. Il 5,2% degli occupati, infine, ha assistito a scambi di favori o di denaro considerati illeciti o inopportuni nel proprio ambiente di lavoro.

Il peculato e l'indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato sono i reati per i quali è iniziata l'azione penale che presentano in assoluto l'incidenza maggiore in ogni anno; seguono la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio e quello di responsabilità del corruttore. Dal 2006 risultano in aumento sia i reati di peculato sia quelli di indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato. Per quest'ultimo reato, nel 2014 si è registrato un incremento superiore al 50% rispetto all'anno precedente; la concussione risulta invece in diminuzione dopo il picco nel 2012, così come la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio che aveva toccato il massimo nel 2008; gli altri reati di corruzione sono sostanzialmente stabili.

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2019–2021**Codice Aziendale
A0078

Pagina 14 di 131

Edizione 2

Revisione 0

4.1.3 Contesto regionale

Fonte: Secondo rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana - anno 2017, Scuola normale Superiore di Pisa

Le statistiche giudiziarie, fornite dall'ISTAT, permettono di tracciare una prima istantanea sulle sentenze e sul numero dei reati classificabili come delitti contro la pubblica amministrazione, tra cui quelli di corruzione. Sull'intero territorio italiano è possibile notare in media una prevalenza di sentenze per reati di peculato e di corruzione per atto contrario a doveri di ufficio. Sulla base dei dati relativi all'anno 2016 si nota che il numero di sentenze per peculato, in linea con la media italiana, rappresenta il tipo di reato più diffusa a livello toscano.

E' in forte crescita per la Toscana il reato di estorsione, che osserva un picco di denunce negli ultimi anni che insieme a quello di riciclaggio ha un trend crescente molto accentuato. La Toscana vanta una posizione di primato nazionale per il numero di denunce di riciclaggio – la regione non ha pari né nel meridione, né nelle regioni dove il fenomeno tradizionalmente ha una vasta influenza, ovvero Lombardia e Lazio. Il tasso toscano è quattro volte quello nazionale, con una forte crescita nuovamente nel 2016.

La Toscana rappresenta infatti un contesto economico favorevole, oltre che vantaggioso, per gli investimenti criminali. Secondo le evidenze emerse al momento, sembrerebbe prevalere in Toscana una proiezione criminale nell'economia legale più rivolta al riciclaggio e all'occultamento di capitali criminali, piuttosto che all'acquisizione di segmenti del mercato attraverso l'utilizzo di un metodo mafioso (dinamica emersa, invece, in altre regioni del centro e nord Italia).

Sui meccanismi di emersione degli eventi di corruzione, risulta che il whistleblowing, ossia la segnalazione riservata prevista da disposizioni di legge come opportunità all'interno degli enti pubblici, rimanga ancora una pratica poco diffusa, questo nonostante la rilevanza di segnalazioni anonime in Toscana.

In materia di appalti pubblici, nell'impianto della Legge Regionale 37/2008, un ruolo rilevante sotto il profilo della prevenzione della corruzione e delle infiltrazioni mafiose è svolto dall'istituzione e dall'operatività dell'Osservatorio regionale sui contratti pubblici (art. 4 L.R. 38/2007), il cui compito istituzionale consiste nel contribuire al perseguimento della massima trasparenza delle procedure per l'affidamento dei contratti pubblici.

Fonte: Inaugurazione Anno Giudiziario Firenze, 27 gennaio 2018

Il procuratore distrettuale antimafia di Firenze ha evidenziato che “La Toscana è terra di conquista per le organizzazioni mafiose, sia quelle classiche sia per le cosiddette nuove mafie. Pur se mancano fenomeni eclatanti di esternazione del potere mafioso e di controllo del territorio, fenomeni dai quali la regione Toscana appare ancora immune, non può che guardarsi con apprensione al moltiplicarsi di esempi di infiltrazione”. Infiltrazioni “che realizzano l'output fisiologico di ogni organizzazione mafiosa quello della riemersione dei capitali e della trasformazione degli stessi, a fini di dissimulazione delle origini di essi, in attività lecite”.



4.1.4 Contesto locale

Fonte: Inaugurazione Anno Giudiziario Firenze, 27 gennaio 2018

Il presidente della Corte di appello nella sua relazione letta all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2018 riporta uno studio della conferenza distrettuale tra uffici requirenti e giudicanti di primo e secondo grado nel distretto di Firenze che mette in evidenza un netto aumento percentuale dei reati.

Il procuratore generale in un passaggio della sua relazione fa presente che "...Sono aumentate le iscrizioni per delitti contro la pubblica amministrazione ma il dato appare fin troppo modesto di fronte alla gravità e alla diffusione del fenomeno, come comunemente percepito, tale da dover essere qualificato come una vera e propria emergenza, dovendosi ritenere che, oltre ai casi accertati, ne sia stata commessa tutta una serie di altri analoghi, sfuggiti alle indagini, (...) Ma il grave è che non si tratta di occasionali ed episodiche violazioni delle legge penale, bensì di un vero e proprio sistema, di una sorta di connotazione permanente del nostro assetto sociale, che dimostra quanto poco radicato sia il rispetto delle regole, quanto inefficace sia lo stesso processo penale, da solo, per porre un limite alla corruzione...".

4.2 Contesto interno

Con Legge Regionale Toscana 14 dicembre 2017, n. 74 l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) assorbendo le funzioni dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) ha cambiato, a far data dal 1° gennaio 2018, denominazione in: "Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)".

L'ISPRO esercita le attività già svolte dall'ISPO, subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi afferenti a quest'ultimo ed assume l'esercizio delle attività dell'ITT di cui all'articolo 43, comma 1, lettera b), della l.r. 40/2005.

La finalità dell'ISPRO, nell'ambito del servizio sanitario regionale, consiste nel promuovere, misurare e studiare azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei tumori e di organizzare e coordinare, in sinergia con le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale, i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché i programmi di ricerca in ambito oncologico.

L'ISPRO opera in coerenza con i principi di omogeneità, qualità e appropriatezza dell'offerta e rende disponibili tutti gli elementi di carattere informativo e conoscitivo per orientare gli assistiti all'interno della rete oncologica.

Sono organi dell'Istituto il Direttore Generale, il Comitato Scientifico ed il Collegio Sindacale.

L'Istituto per scelta aziendale e dimensioni si avvale di una serie di service per lo svolgimento di alcune attività:

a) Supporto tecnico amministrativo

- ESTAR

Approvvigionamento beni e servizi. Gestione attività magazzini e logistica distributiva. Tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Tecnologie sanitarie. Procedure concorsuali e selettive del personale. Pagamento delle competenze economiche del personale.



- USL Toscana Centro

Gestione operativa del personale. Gestione della formazione del personale e Provider ECM degli eventi scientifici. Gestione contabilità generale, cassa e banca. Servizio call center screening. Trasporti per il programma di screening mammografico. Supporto in materia antincendio e nell'assolvimento degli adempimenti previsti in materia connesse alla sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

- AOU Careggi

Accesso dei dipendenti alla mensa dell'Azienda. Attività tecnico professionali per la progettazione degli adeguamenti necessari alla struttura per l'allocazione del personale in locali ex Life Cronos.

b) Supporto per attività sanitaria

- USL Toscana Centro

Attività di assistenza anestesologica. Attività in ambito di ostetricia e ginecologia per approfondimenti colposcopici. Attività di medico competente. Cup metropolitano.

- USL Toscana Sud Est

Attività in ambito di ostetricia e ginecologia per approfondimenti colposcopici.

- AOU Careggi

Anatomia patologica. Riabilitazione testa collo. Protocolli di sorveglianza sanitaria. Misurazione esposizione radiazioni. Prestazioni specialistiche, diagnostico strumentali e di laboratorio.

- Università degli Studi di Firenze

Controllo microbiologico endoscopi sottoposti ad alta disinfezione e ricerca di "legionella".

- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Sezione provinciale di Firenze

Supporto alle attività del Centro Riabilitazione Oncologica e organizzazione del volontariato. Educazione alla salute.

c) Attività di ricerca e registri

- CNR

Messa a disposizione di materiali di consumo, servizi, attrezzature e personale nell'ambito delle attività di ricerca del Core Research Laboratory.

- Università degli Studi di Firenze e Università degli Studi di Siena

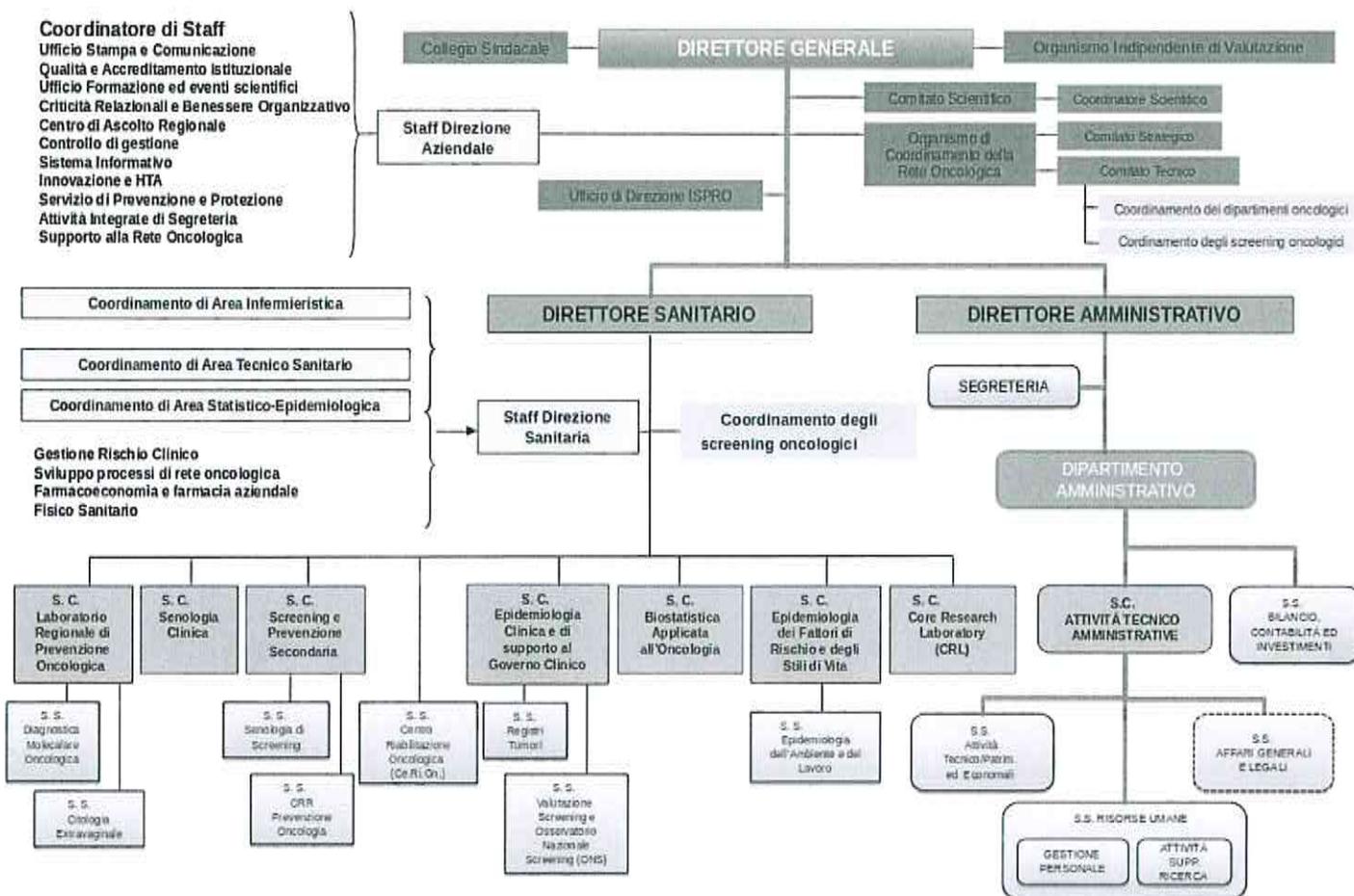
Assegni di ricerca e borse di studio per lo svolgimento di attività di ricerca del Core Research Laboratory.

- Fondazione Toscana Life Sciences

Messa a disposizione di locali e attrezzature per il Core Research Laboratory.



Con Deliberazione DG n. 150 del 31.05.2018 è stato adottato lo Statuto ed il Regolamento di organizzazione dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica contenente al suo interno l'organigramma di seguito riportato.



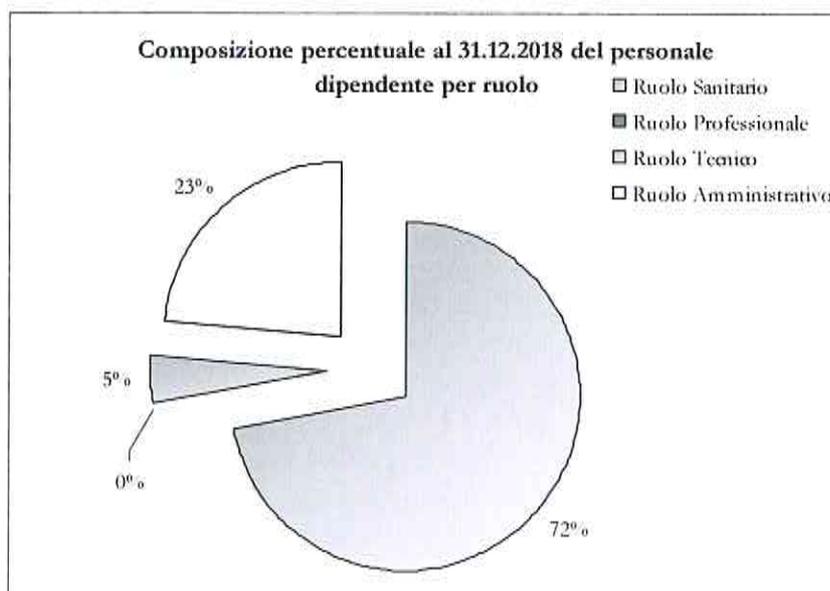


Relativamente al profilo professionale ed alla quantità del personale in servizio, di seguito si riporta nella tabella 1 e nel grafico 1 la rappresentazione dell'organico del personale dipendente al 31.12.2018.

Tabella 1 - Organico del personale al 31.12.2018 suddiviso per ruolo e area contrattuale

Ruolo/area contrattuale	31/12/2018
Sanitario	
Dirigenza medica e veterinaria	30
Dirigenza non medica	17
Comparto	60
Professionale	
Dirigenza	
Comparto	
Tecnico	
Dirigenza	
Comparto	7
Amministrativo	
Dirigenza	4
Comparto	31
TOTALE	149

Grafico 1 – Composizione percentuale del personale suddiviso per ruolo





ISPRO riconosce la centralità del rapporto con i cittadini e i loro rappresentanti ai fini del miglioramento della qualità dei servizi, sicurezza delle cure, per il conseguimento degli obiettivi di salute. Identifica nel contributo delle associazioni di Volontariato e di Tutela, un indispensabile momento di collaborazione e di confronto dialettico, teso alla realizzazione di un costruttivo rapporto di fiducia tra cittadini e Servizio sanitario regionale.

L'Istituto, in base a quanto previsto dalla legge R.T. 75 del 2017, ha istituito e regolamentato il Comitato di Partecipazione, la cui sede è presso il presidio ISPRO di Villa delle Rose. Presso la Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana è stato nominato un rappresentante ed un sostituto di ISPRO, per l'istituzione del Consiglio dei cittadini per la salute.

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 Associazione Italiana Prostatectomizzati (AIP), LILT sezione Firenze - Servizio Donna come prima, Associazione Stomizzati Toscani (ASToS), Associazione La Finestra, Associazione Toscana Donna, Cittadinanzattiva ToscanaOnlus, Federconsumatori, Piccino Picciò e Amici dell'ANT.

L'Istituto anche nel 2018 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".

Da un'analisi del contenzioso che ha riguardato l'Istituto negli ultimi anni, emerge una casistica poco variegata, collegata principalmente a forme di lamentata responsabilità medico/sanitaria o a pretese relative al rapporto di lavoro. Una buona percentuale di controversie è stata conclusa in via transattiva, di conciliazione tra le parti.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati alcuni dati riguardanti l'Istituto, al fine di consentire una migliore valutazione del contesto interno:

- tipologie di richieste di accesso ricevuto (Tabella 2);
- tipologie segnalazioni ricevute (Tabella 3);
- tipologie di rilievi effettuati (Tabella 4).



Tabella 2 - Richieste accessi ricevuti - Anno 2018

Tipologia di accesso	N° accessi
Accesso agli atti	2
Accesso civico semplice	0
Accesso generalizzato	0
Totale	2

Tabella 3 - Segnalazioni ricevute - Anno 2018

Tipologia di segnalazioni	N° segnalazioni
Tramite whistleblowing	0
Altro	0
Totale	0

Tabella 4 - Rilievi - Anno 2018

Tipologia di rilievi	N° rilievi
Del Collegio Sindacale	0
Dell'OIV	1
Della Società di revisione	0
Totale	1

5. Le aree di rischio prioritario e le azioni previste per il triennio

5.1 Le fasi del processo di gestione del rischio

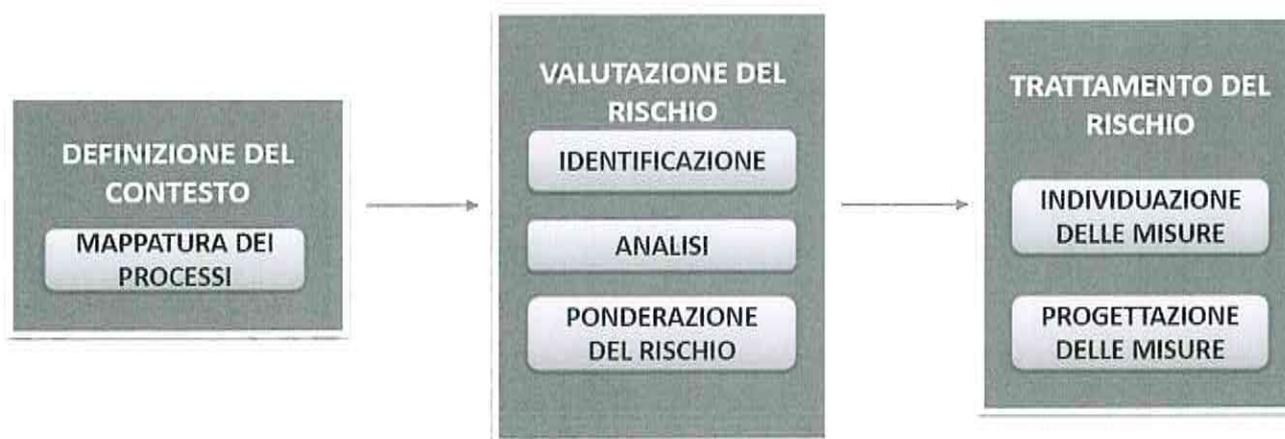
Come indicato nel PNA per “gestione del rischio” si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

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



Le 3 fasi principali sono riportate nel Grafico 2.

Grafico 2 - Le fasi del processo di gestione del rischio



La **prima fase** di gestione del rischio è la definizione del contesto attraverso la mappatura dei processi, che consiste “nell’individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l’elaborazione del catalogo dei processi”. Considerata l’importanza della mappatura dei processi, in Istituto è stato valutato di inserire tale adempimento tra gli obiettivi di budget per CdR.

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

La **seconda fase** prevede per ogni processo mappato la valutazione del rischio in termini di alto, medio, basso rischio. Ai fini della valutazione in Istituto è utilizzato uno strumento di calcolo della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) elaborato sulla base della Delibera n. 72/2013 CIVIT: Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione - Allegato 5: La valutazione del livello di rischio.

La **terza fase** consiste nel trattamento del rischio e nell’individuazione delle misure per ridurlo.

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

La Legge n. 190/2012 e il PNA hanno individuato aree di rischio comuni ed obbligatorie e aree di rischio specifiche per il settore della Sanità.

Tali aree laddove applicabili all’Istituto sono state inserite e valutate a rischio “alto”.

Le attività di ISPRO elencate nella tabella 5 riportata di seguito sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le “attività” a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi, senza alcun riferimento alle singole persone preposte.

 <p>ISPRO Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica</p>	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2019-2021	Codice Aziendale A0078 Pagina 22 di 131 Edizione 2 Revisione 0
---	---	--

Tabella 5 - Aree di rischio prioritarie e grado di rischio

Numero e fonte	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Struttura coinvolta	Responsabile del monitoraggio
A1 fonte: PNA	Conferimento di incarichi di organizzazione Conferimento di incarichi dirigenziali di responsabilità di struttura	<ul style="list-style-type: none"> Nomina della commissione Svolgimento dell'attività valutativa 	ALTO	S.C. Attività tecnico amministrative	S.S. Risorse Umane
A2 fonte: PNA	Gestioni progetti finalizzati per "spertimentazioni cliniche"	<ul style="list-style-type: none"> Modalità di utilizzo di finanziamento Rapporto tra il Responsabile del Progetto e l'Ente Finanziatore 	ALTO	S.C. Attività tecnico amministrative S.C./S.S. coinvolti	S.S. Risorse Umane
A3 fonte: PNA	Libera professione intramoenia ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> Autorizzazione all'esercizio Svolgimento dell'attività valutativa Prenotazione delle prestazioni 	ALTO	Direzione Sanitaria S.C./ S.S. coinvolte	Direzione Sanitaria
A4 fonte: PNA	Appalti con affidamenti diretti	<ul style="list-style-type: none"> Formulazione e comunicazione dei fabbisogni Individuazione del fornitore 	ALTO	S.C. Attività tecnico amministrative S.C./S.S. coinvolte	S.S. Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2019-2021**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 23 di 131
Edizione 2
Revisione 0

Numero e fonte	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Struttura coinvolta	Responsabile del monitoraggio
A5 fonte: mappatura aziendale	Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale	<ul style="list-style-type: none"> Sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e pubblicazione sul sito ISPRO 	MEDIO	S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico, Direzione Aziendale, Comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale	S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico
A6 fonte: mappatura aziendale	Collaborazione ad attività di ricerca con altri Istituti di ricerca a livello italiano ed internazionale	<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione/partecipazione a studi epidemiologici Presentazioni di articoli scientifici e report 	MEDIO	S.C. / S.S. Coordinamenti Referente scientifico	Referente scientifico
A7 fonte: mappatura aziendale	Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali	<ul style="list-style-type: none"> Attestazione di regolare esecuzione per liquidazione fatture 	MEDIO	S.C. Screening e prevenzione secondaria S.C. Laboratorio regionale di prevenzione Oncologica SC.Senologia clinica S.S. Centro Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.) S.S. Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche	Coordinamento di Area Infermieristica

 <p>ISPRO Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica</p>	<p>PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2019-2021</p>	<p>Codice Aziendale A0078 Pagina 24 di 131 Edizione 2 Revisione 0</p>
---	--	---

Numero e fonte	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Struttura coinvolta	Responsabile del monitoraggio
<p>A8 fonte: mappatura aziendale</p>	<p>Partecipazione a collegi tecnici per redazione capitolati di gara</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina da parte della Direzione su richiesta di Estar. • Stesura del capitolato • Analisi del fabbisogno • Attribuzione incarichi di docenza • Iscrizione ad eventi formativi individuali 	<p>MEDIO</p>	<p>S.C. / S.S. Coordinamenti</p>	<p>SS Attività Tecnico/ Patrimoniali ed Economiche</p>
<p>A9 fonte: mappatura aziendale</p>	<p>Formazione del personale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno • Attribuzione incarichi di docenza • Iscrizione ad eventi formativi individuali 	<p>MEDIO</p>	<p>S.C. / S.S. Coordinamenti</p>	<p>Direzione sanitaria</p>

Legenda: sono stati presi in considerazione nella tabella i processi mappati il cui grado di rischio ALTO e MEDIO è risultato maggiore o uguale 7.



5.2 Monitoraggio delle aree di rischio prioritarie

Il monitoraggio sarà effettuato sulle attività relative alle aree di rischio prioritarie riportate nella tabella 5.

Con riferimento alle aree suddette, ed in relazione alle funzioni proprie e caratterizzanti l'ISPRO, si riportano nella tabella 6 alcuni "indici presuntivi di rischio" che potranno costituire parte integrante del monitoraggio semestrale da parte del Responsabile del monitoraggio, di cui in tabella 5.

Per **indice** si intende un segnale, un rivelatore di rischio individuato in rapporto al processo analizzato, l'**indicatore** invece è costituito da un valore numerico che da rappresentazione in termini quantitativi del rischio.

Tabella 6 – Indici presuntivi di rischio

AREA DI RISCHIO	INDICI PRESUNTIVI DI RISCHIO
A1 Conferimento di incarichi di organizzazione Conferimento di incarichi dirigenziali di responsabilità di struttura	<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 Gestioni progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche"	<ul style="list-style-type: none">- Mancanza di una correlazione fra obiettivi progettuali e impiego delle risorse;- Utilizzo del finanziamento in modo non idoneo alla copertura di tutti i costi aziendali da sostenere (inclusi gli overhead);- Presenza di conflitti di interessi rilevati o rilevabili
A3 Libera professione intramoenia ambulatoriale	<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.
A4 Appalti con affidamenti diretti	<ul style="list-style-type: none">- Ricorrenza dello stesso fornitore;- Frequenza del ricorso agli affidamenti diretti;- Ricorso ad affidamenti diretti in presenza di gare ancora aperti per servizi similari
A5 Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale	<ul style="list-style-type: none">- Verifica della presenza di sottoscrizione di dichiarazione di conflitto di interessi relativo al rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico
A6 Collaborazione ad attività di ricerca con altri Istituti di ricerca a livello italiano ed internazionale	<ul style="list-style-type: none">- Richiesta di personale con profilo professionale non adeguato ai compiti da svolgere;- Quantificazione dell'impegno inferiore a quanto necessario;- Abuso nella assegnazione dei fondi;- Abuso nel riconoscimento di contributi e/o rimborsi spese.
A7 Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali	<ul style="list-style-type: none">- Disincronia nelle pesature dei rifiuti tra la partenza e la destinazione
A8 Partecipazione a collegi tecnici per redazione capitolati di gara	<ul style="list-style-type: none">- Mancato rilascio dichiarazione di insussistenza di cause incompatibilità e di conflitto di interessi prima dell'inizio dell'attività- Mancata redazione verbali degli incontri
A9 Formazione del personale	<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 S.C./S.S. e dei titolari di incarichi di organizzazione 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 5) effettuano il monitoraggio a campione oppure puntuale a seconda della fattispecie con cadenza semestrale e ne comunicano l'esito al RPCT.

Il RPCT potrà richiedere approfondimenti o indicatori ulteriori anche in aree diverse laddove, nell'attività di monitoraggio, emergessero criticità e rischi non individuati nel presente Piano.

5.3 Le azioni previste per il triennio

5.3.1 Aree di rischio, obiettivi strategici e azioni preventive

La tabella sottostante riporta in sintesi le principali azioni previste nel triennio correlate agli obiettivi strategici di cui al paragrafo 2.

Tabella 7 – Correlazione tra obiettivi ed azioni

AREA DI RISCHIO	OBIETTIVI STRATEGICI	AZIONI PREVENTIVE
A1 Conferimento di incarichi di organizzazione Conferimento di incarichi dirigenziali di responsabilità di struttura	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Realizzazione del regolamento incarichi della dirigenza
A2 Gestioni progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche"	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Redazione procedura Aggiornamento del regolamento includendo attività sperimentazioni cliniche
A3 Libera professione intramoenia ambulatoriale	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Aggiornamento del regolamento



AREA DI RISCHIO	OBIETTIVI STRATEGICI	AZIONI PREVENTIVE
A4 Appalti con affidamenti diretti	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Monitoraggio degli affidamenti diretti attraverso idoneo flusso informativo a carico del RUP da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale
A5 Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Regolamento di funzionamento del comitato tecnico Procedura sul rilascio dei pareri
A6 Collaborazione ad attività di ricerca con altri Istituti di ricerca a livello italiano ed internazionale	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Stesura regolamenti / accordi / convenzioni
A7 Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Monitoraggio periodico sull'applicazione della procedura IP012
A8 Partecipazione a collegi tecnici per redazione capitolati di gara	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Criteri per l'individuazione dei partecipanti ai collegi tecnici
A9 Formazione del personale	Obiettivi 1, 2, 3, 4	Realizzazione Piano dell'Internal Audit Monitoraggio della partecipazione agli eventi in aggiornamento individuale attraverso idoneo flusso informativo a carico del Referente della Formazione del personale da inviare al RPCT



5.3.2 Audit

Nel corso del 2018 sono stati svolti gli Audit programmati all'interno del Piano e le aree/processi oggetto di verifica sono state/i:

- aree A5 "Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego", A8 "Rimborsi spese" e A9 "Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva", che hanno coinvolto il Settore Risorse Umane ed Affari Generali e il Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca;
- area A6 "Trasferimento ambulatori mobili", che ha coinvolto il Coordinamento Tecnico Sanitario;
- processo "Gestione processi sanitari ambulatoriali", che ha coinvolto la S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.).

E' stata richiesta la produzione degli indici presuntivi di rischio e nel corso della verifica sono stati valutati sulla base della normativa di riferimento, attività e prassi seguite.

Al fine di garantire una più ampia analisi dei processi sottoposti ad audit è necessario che gli uffici coinvolti forniscano, nei tempi richiesti, il materiale di supporto allo svolgimento della verifica e la loro presenza laddove prevista.

Nella tabella 8 è riportata la programmazione degli audit per il triennio 2019-2021.

Tabella 8 – Programmazione degli Audit

Audit 2019	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.S. Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche	- Trasferimento ambulatori mobili
S.C. Screening e Prevenzione Secondaria	- Gestione processi sanitari ambulatoriali
S.S. Risorse Umane: Attività supporto ricerca Strutture sanitarie che effettuano sperimentazioni cliniche	- Gestioni progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche" (area A2)
Audit 2020	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico	- Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale (area A5)
Strutture che effettuano attività di ricerca Referente scientifico	- Collaborazione ad attività di ricerca con altri Istituti di ricerca a livello italiano ed internazionale (area A6)
Strutture sanitarie coinvolte	- Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali (area A7)



Audit 2021	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.S. Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche	- Partecipazione a collegi tecnici per redazione capitolati di gara (area A8)
Direzione sanitaria e staff	- Formazione del personale (A9)

5.3.3 Azioni idonee a creare un contesto sfavorevole alla corruzione

Nell'ambito degli obiettivi di budget ad ogni responsabile CDR è stato chiesto di presentare almeno un'azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione che in Istituto si intende realizzare nel corso del triennio.

Tra le azioni presentate, in particolare, si riportano le seguenti:

- Definizione di un protocollo a cui le SC e SS di ISPRO debbano attenersi per l'invio annuale dei progetti di ricerca da proporre al Comitato Scientifico di ISPRO, che potrà valutarne la coerenza scientifica in relazione alle linee strategiche di ISPRO e il budget richiesto;
- Prevedere un registro sul quale annotare i servizi fuori sede, oltre che nel registro reperibilità generale tenuto presso la Segreteria di Direzione, anche presso ciascuna struttura organizzativa che venga controfirmato periodicamente oltre che dal dipendente stesso anche dal proprio Direttore di Struttura/Coordinatore di area;
- Promuovere azioni di sensibilizzazione con la società civile attraverso il Comitato di Partecipazione. Lo scopo è quello di favorire forme diffuse di controllo sociale sulle funzioni istituzionali attraverso accessibilità totale alle informazioni che riguardano ogni aspetto dell'organizzazione e le attività delle pubbliche amministrazioni.
- Promuovere azioni di sensibilizzazione di tutto il personale operante nell'Istituto sulla cultura della legalità e integrità attraverso la diffusione del Codice etico e di comportamento e l'organizzazione di focus/incontri mirati;
- In riferimento allo screening mammografico e coloretale, per gli utenti con diagnosi di cancro mammario o coloretale, suscettibile di trattamento chirurgico si propone l'aggiornamento dell'elenco delle chirurgie di riferimento per l'area vasta centro in modo da garantire da una lato la totale trasparenza ed imparzialità di ISPRO e dall'altro l'idoneo percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA). I percorsi PDTA sono già attivi per lo screening della cervice uterina in modo definito con l'Azienda USL Toscana Centro (servizio UFCAT presso presidio Palagi) ed in fase di attivazione con la AOUC Careggi. Per quanto riguarda la prevenzione del melanoma, la costituzione della Melanoma Unit di Area Vasta ha determinato l'attivazione di un percorso univoco.



6. Gli Strumenti della prevenzione della corruzione

6.1 Codice etico e di comportamento dei dipendenti

L'Istituto ha adottato un proprio Codice di comportamento con Deliberazione del Direttore Generale n. 263 del 22/12/2014 per dare attuazione a quanto previsto dalla normativa e in particolare all'art. 54 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e al D.P.R. n. 62 del 2013. Il Codice è stato successivamente revisionato per integrarlo con i principi e i valori etici e per dare attuazione alle «Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale» dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 358 del 2017 (Deliberazione DG n. 265 del 27/10/2017).

A seguito della Legge Regionale Toscana n. 74 del 14.12.2017, con la quale l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) assorbendo le funzioni dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) ha cambiato, a far data dal 1° gennaio 2018, denominazione in Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), si è reso necessario un aggiornamento del Codice etico e di comportamento aziendale che recepisce la nuova mission attribuita.

Il nuovo Codice è stato adottato con Deliberazione DG n. 265 del 30/10/2018.

6.2 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 ISPRO. 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.

Misure alternative alla rotazione del personale nella redazione degli atti amministrativi

Si prevede di mettere in atto quanto segue:

- il responsabile del procedimento (ai sensi della L. 241/1990) non deve coincidere con il Responsabile della Struttura Proponente l'atto; è ammessa l'eccezione in casi particolari (ad esempio assenza di personale) e comunque nei casi non inerenti gli atti amministrativi relativi alle aree di rischio di cui alla tabella 5;
 - affiancamento di un dipendente dello stesso ufficio o di altro ufficio al responsabile del procedimento (ai sensi del L. 241/1990) durante l'espletamento delle fasi istruttorie dell'atto nelle attività delle aree di rischio di cui alla tabella 5.
- Stanti le dimensioni dell'Istituto queste misure saranno oggetto di sperimentazione e di valutazione in merito alla effettiva fattibilità, anche in considerazione della produttività e dell'efficienza a livello aziendale.



6.3 Conflitto di interessi ed obbligo di astensione

Tali fattispecie sono disciplinate dall'Istituto tramite il Codice etico e di comportamento dei dipendenti adottato con Delibera del Direttore Generale n. 265 del 30.10.2018.

La modulistica per il rilascio delle dichiarazioni previste dal Codice etico e di comportamento, prodotta da un gruppo di lavoro dedicato nominato dalla Direzione, è resa disponibile nel sito ISPRO nell'area riservata ai dipendenti, corredata con istruzioni per la compilazione e per la trasmissione. La modulistica prodotta deve essere conservata nel fascicolo personale ai fini della valutazione individuale.

6.4 Incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi

Gli uffici che supportano gli organi competenti al conferimento degli incarichi devono verificare, dandone evidenza, all'atto del relativo conferimento, la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai soggetti, cui il Direttore Generale intende attribuire un incarico in applicazione della normativa vigente.

Dopo aver effettuato la verifica delle dichiarazioni rilasciate dal soggetto a cui dovrà essere attribuito l'incarico, i Responsabili dei suddetti uffici devono darne comunicazione scritta al RPCT affinché ai sensi dell'art 15 del D.Lgs. n. 39/2013 verifichi che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al citato decreto.

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

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

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

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

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. 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.

6.6 Whistleblowing

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.

A seguito dell'approvazione della Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, l'Istituto si propone, nell'arco del triennio, di rivedere la procedura adottata per eventuali integrazioni e adattamenti.

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

L'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001, modificato dalla Legge n. 179/2017 tutela il pubblico dipendente che segnala al RPCT, all'ANAC o denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. Il dipendente infatti non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro per effetto della segnalazione. L'identità del segnalante non può essere rivelata ed è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'ente sono nulli e il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro. Queste tutele non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.



6.7 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.

6.8 Composizione delle Commissioni di concorso

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

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

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

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

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

“Non è sufficiente, infatti, la mera appartenenza ad un partito, ma vi deve essere comunque un qualche elemento di possibile incidenza tra l'attività esercitabile da colui che ricopre cariche politiche, sindacali o professionali e l'attività



dell'ente che indice il concorso, altrimenti la disposizione verrebbe a generalizzare in modo eccessivo e senza adeguata giustificazione il sospetto di imparzialità anche nei confronti di soggetti che non gestiscono alcun potere rilevante e perciò non siano comunque idonei, sia pure da un punto di vista astratto, a condizionare la vita dell'ente che indice la selezione". In altre parole, rappresenta condizione necessaria affinché vi sia un caso d'incompatibilità: il potere di incidere, anche solo teoricamente, da parte del titolare della carica politica sulle attività proprie dell'ente che ha bandito il concorso.

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

6.9 Ruolo del RUP, del RES e del DEC

Ai sensi della normativa vigente il RUP è il Responsabile Unico del Procedimento, il RES è il Responsabile dell'esecuzione del contratto e il DEC è il del Direttore dell'Esecuzione del Contratto.

Ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici), le stazioni appaltanti che ricorrono ai sistemi di acquisto e di negoziazione delle centrali di committenza nominano, per ciascuno dei detti acquisti, un responsabile del procedimento che assume specificamente, in ordine al singolo acquisto, il ruolo e le funzioni di RUP.

Ai sensi del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana (DPGR) del 13 febbraio 2018, n. 7/R in materia di attività contrattuale dell'ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR) quale centrale di committenza del servizio sanitario regionale, il responsabile del procedimento nelle stazioni appaltanti che ricorrono ai sistemi di acquisto e di negoziazione delle centrali di committenza (ESTAR) prende la denominazione di Responsabile per la fase di esecuzione del contratto (RES).

Le Linee Guida dell'ANAC (Deliberazione ANAC n. 1096 del 26 ottobre 2016, aggiornate con Deliberazione ANAC n. 1007 dell'11 ottobre 2017) attuative del Codice forniscono indicazioni sul ruolo e le funzioni del RUP e del DEC, che in via ordinaria possono coincidere.

Il RUP, in coordinamento con il DEC, ove nominato, assume i compiti di cura, controllo e vigilanza del processo di acquisizione con particolare riferimento alle attività di:

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



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

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

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

a) Per i servizi e le forniture di importo inferiore alle soglie di cui all'art. 35 del Codice dei contratti pubblici, il RUP è in possesso, alternativamente, di:

1. diploma di istruzione superiore di secondo grado rilasciato da un istituto superiore al termine di un corso di studi quinquennale e un'anzianità di servizio ed esperienza almeno quinquennale nell'ambito delle attività di programmazione, progettazione, affidamento o esecuzione di appalti e concessioni di servizi e forniture;
2. laurea triennale ed esperienza almeno triennale nell'ambito delle attività di programmazione, progettazione, affidamento o esecuzione di appalti e concessioni di servizi e forniture;
3. laurea quinquennale ed esperienza almeno biennale nell'ambito delle attività di programmazione, progettazione, affidamento o esecuzione di appalti e concessioni di servizi e forniture.

b) Per i servizi e le forniture pari o superiore alle soglie di cui all'art. 35 dei contratti pubblici, il RUP è in possesso di diploma di laurea triennale, magistrale o specialistica e di un'anzianità di servizio ed esperienza di almeno cinque anni nell'ambito delle attività di programmazione, progettazione, affidamento o esecuzione di appalti e concessioni di servizi e forniture. Possono svolgere, altresì, le funzioni di RUP coloro che sono in possesso di diploma di istruzione superiore di secondo grado rilasciato al termine di un corso di studi quinquennale e un'anzianità di servizio ed esperienza di almeno dieci anni nell'ambito delle attività di programmazione, progettazione, affidamento o esecuzione di appalti e concessioni di servizi e forniture.

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

L'art. 18, commi 3, 4, 5 e 6 del DPGR del 13 febbraio 2018 n. 7/R definisce, in base alla tipologia della procedura di acquisto, la competenza alla individuazione del RES (ESTAR o Azienda/Ente sanitario destinatario del bene) e i casi in cui la figura del RES coincide con quella del RUP. L'individuazione e nomina del RES all'interno di ISPRO avviene secondo le procedure già indicate per il RUP, con compiti e funzioni riconosciute al RUP della fase di esecuzione del contratto. I requisiti professionali del RES di Istituto sono individuati dalle Linee Guida dell'ANAC sopra riportate.

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



- a. prestazioni di importo superiore a 500.000 euro;
- b. interventi particolarmente complessi sotto il profilo tecnologico;
- c. prestazioni che richiedono l'apporto di una pluralità di competenze;
- d. interventi caratterizzati dall'utilizzo di componenti o di processi produttivi innovativi o dalla necessità di elevate prestazioni per quanto riguarda la loro funzionalità;
- e. per ragioni concernenti l'organizzazione interna alla stazione appaltante, che impongano il coinvolgimento di unità organizzativa diversa da quella cui afferiscono i soggetti che hanno curato l'affidamento.

Nel caso non venga nominato il DEC, in Istituto il Direttore Generale su proposta del RUP/RES individua il "Responsabile del contratto" che supporta il RUP/RES nella fase esecutiva del contratto.

In particolare, il Responsabile del contratto (Prot. ISPO n. 573 del 21.02.2013) cura:

- il coordinamento ed il controllo dell'esecuzione del contratto;
- l'accertamento della conformità delle prestazioni rispetto a quanto previsto nel contratto;
- l'attestazione positiva o negativa (in termini di quantità e qualità) della regolare esecuzione del contratto, propedeutica all'effettuazione del pagamento del dovuto;
- la verifica del rispetto del budget contrattuale predefinito.

6.10 Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN

Al fine di garantire la massima trasparenza, ai sensi della normativa vigente, sono stati individuati e registrati i dipendenti che devono rendere on line nel portale di Agenas la dichiarazione pubblica di interessi.

I dipendenti tenuti al rilascio sono i componenti della Direzione Aziendale, i Direttori di S.C. ed S.S. e i titolari di incarichi di organizzazione.

6.11 Informazione, divulgazione e formazione

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile: gli stakeholder

Nell'ottica della massima divulgazione del principio della legalità, il RPCT, in coerenza con le indicazioni contenute nel Codice etico e di comportamento dei dipendenti, 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 ISPRO.

Al fine di darne la massima visibilità e garantire la partecipazione di tutti i soggetti interessati, la bozza del presente Piano è stata pubblicata in procedura aperta sul sito istituzionale dell'Istituto.

Obblighi di informazione e di divulgazione

Il presente Piano è diffuso a tutto il personale di ISPRO 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.



Al fine di garantire la diffusione e la condivisione della cultura della legalità, l'Istituto predispone periodicamente scritti divulgativi nei quali vengono affrontati temi collegati alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza e alla legalità, elaborando e sintetizzando, per rendere fruibili a tutti, contenuti di importanti interventi legislativi, riforme normative in materia, indirizzi provenienti da Linee Guida ANAC, Circolari ministeriali, ecc. I documenti sono elaborati sotto forma di quaderni all'interno della collana denominata "I quaderni della prevenzione della corruzione e trasparenza di ISPRO" e sono pubblicati all'interno dell'area riservata dell'Istituto, in apposita sezione, per essere accessibili a tutto il personale.

Attività di formazione

La normativa prevede una serie di misure di formazione del personale, in particolare:

- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- previsione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del Codice etico e di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.

L'Istituto ritiene di sviluppare anche in questo triennio interventi di formazione/informazione articolati su più livelli rivolti a tutto il personale, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno, fornendo la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio e promuovendo la cultura della legalità, della integrità, della trasparenza e dell'etica. Gli eventi saranno organizzati tenendo presente sia la peculiarità dell'organizzazione dell'Istituto che le aree di rischio specifiche.

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

Tali percorsi saranno strutturati su due livelli:

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

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

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

La formazione "specificata" coinvolgerà il RPCT ed i Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza di ISPRO, di cui al paragrafo 3.3.

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.

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 etico e di comportamento. Per questa tipologia di formazione saranno privilegiati percorsi di formazione a distanza (FAD).

Nell'ambito della formazione di livello generale sono previsti per il 2019, due Corsi FAD:

- 1° corso su principi e strumenti principali di prevenzione della corruzione;
- 2° corso sulla trasparenza e sull'accesso civico e generalizzato.

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 dai titolari di incarichi di organizzazione, con l'eventuale supporto del RPCT.

Si possono prevedere da parte del RPCT, in base alle esigenze formative di volta in volta emerse, incontri individuali o con piccoli gruppi finalizzati all'illustrazione e alla diffusione dei contenuti del PTPC, del Codice etico e di comportamento e dei temi collegati alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza, al conflitto d'interesse, alla procedura per le segnalazioni d'illeciti (c.d. whistleblowing) ecc.

Nell'ottica di creare sinergie di sistema, uniformare i percorsi formativi e ridurre i costi nel corso del triennio si auspica che l'Istituto possa aderire ad attività formative elaborate a livello regionale dai vari enti/aziende del SSR.

7. Il Sistema dei controlli

7.1 Controllo e prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni

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

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

Il RPCT può tenere conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori di interesse, sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino la possibilità di un rischio probabile di corruzione. Tali segnalazioni dovranno essere effettuate tramite posta elettronica certificata (per gli utenti esterni) o attraverso



L'indirizzo di posta elettronica istituzionale scrivendo all'indirizzo di posta trasparenza.anticorruzione@ispro.toscana.it. Il RPCT procederà, con l'ausilio del Gruppo di lavoro, a verifiche, in via prioritaria e mediante la metodologia dell'Audit (vedi tabella 8), presso le strutture dell'Istituto le cui aree risultano qualificate a maggiore esposizione a rischio a seguito della valutazione del rischio di cui alla tabella 5 del presente documento.

La realizzazione degli Audit rappresenta tra l'altro una azione mirata a rispondere agli obiettivi strategici dell'Istituto.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono stati delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPCT che è quello di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC). Tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni ed enti al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni anche al fine di contenere fenomeni di *maladministration*. In tale quadro, si è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile. In riferimento ai poteri istruttori e ai relativi limiti del RPCT, in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva, si è valutata positivamente la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti nella misura in cui ciò consenta al RPCT di avere una più chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione (fonte PNA 2018).

7.2 Il sistema dei controlli interni

L'Istituto ha adottato, come previsto dai percorsi PAC, un Regolamento sul sistema dei controlli interni, che, attraverso l'applicazione di norme attuative ed integrative della disciplina generale sulle procedure relative ai controlli interni e l'implementazione dei processi amministrativi e contabili, ha la finalità di definire l'insieme di strumenti gestionali ed operativi e le procedure atti a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile), nonché di verificare, attraverso adeguati strumenti di misurazione e monitoraggio, l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione). Altresì, tale strumento tende a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico) e di valutazione delle prestazioni del personale (valutazione del personale). Tali forme di controllo interno sono gestite in modo integrato al fine di garantire gli obiettivi di cui sopra.

Tabella 9 – Correlazione tra tipologia del controllo e soggetto competente

Tipologia Controllo	Organo/Soggetto competente
Controllo regolarità amministrativa e contabile	Collegio Sindacale
Controllo di gestione	Responsabili di CdR
Valutazione e controllo strategico	Direzione Aziendale
Valutazione del personale	Superiore gerarchico/OIV e Collegio tecnico



7.3 L'Internal Audit

L'attività di Internal Audit è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Istituto e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali). In particolare, la funzione di Internal Audit, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementa misure idonee per ridurli. Grazie all'analisi sui processi, tale funzione contribuisce ad individuare al loro interno eventuali aree e opportunità di miglioramento.

L'attività di controllo nell'ambito dell'Internal audit si ispira al principio di autotutela della amministrazione la quale, nell'ipotesi in cui ravvisi nei propri atti elementi di irregolarità o di illegittimità, può procedere a rettificarli, integrarli o annullarli.

7.4 La certificazione volontaria del bilancio

La Società di Revisione Indipendente ha svolto la revisione contabile dell'allegato al bilancio d'esercizio dell'Istituto, costituito dallo stato patrimoniale al 31 dicembre, dal conto economico e dal rendiconto finanziario per l'esercizio 2017 e dalla nota integrativa. La relazione è stata svolta in conformità ai principi di revisione internazionali che richiedono il rispetto di principi etici, nonché la pianificazione e lo svolgimento della revisione contabile al fine di acquisire una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio non contenga errori significativi.

Il giudizio finale della Società di Revisione è stato che il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria dell'Istituto al 31 dicembre 2017 e del risultato economico e dei flussi di cassa per l'esercizio chiuso a tale data, in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione.

7.5 Il PAC (percorso attuativo di certificabilità)

Con il DM Salute del 01.03.2013 ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio consolidato regionale. Tale DM dispone all'art. 2 che gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale devono garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

La Regione Toscana con le DGR n. 478/2013, n. 719/2016 e n. 1199/2016, ha definito il percorso attuativo di certificabilità del Servizio Sanitario Regionale in conformità del DM su citato, includendo nel percorso anche ESTAR, ISPRO e Fondazione Monasterio prevedendo tempistiche diverse rispetto alle Aziende Sanitarie toscane.

L'Istituto come previsto dalla normativa vigente ha adottato il proprio PAC con delibera del Direttore Generale n. 312 del 21.12.2017 che rappresenta un importante strumento per il rafforzamento del controllo interno e della qualità dei



processi amministrativi, contabili e sanitari e che è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci dell'Istituto.

8. Performance

Il sistema di valutazione individuale della performance prevede l'inserimento tra gli obiettivi dei dirigenti e dei dipendenti titolari di incarichi di organizzazione di strumenti di misurazione della collaborazione ai fini della valutazione del rischio, del monitoraggio e della diffusione della cultura organizzativa orientata all'eticità e alla legalità.

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

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

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

Per il triennio 2019-2021 sono stati individuati quali obiettivi di prevenzione della corruzione da inserire nelle schede di budget dei diversi CdR, in base alle competenze di ciascuno:

- l'aggiornamento delle mappature dei processi;
- la produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio per quei CdR le cui attività sono state individuate ex PTPC come a rischio prioritario;
- la partecipazione agli eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione.

9. Trasparenza

9.1. Inquadramento del principio di trasparenza

Ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

La trasparenza è attuata attraverso la pubblicazione di dati e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale ISPRO e il riconoscimento a chiunque dell'accesso civico e generalizzato.



Ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016 costituisce parte integrante del PTPC l'allegato 3 "Sezione Amministrazione Trasparente: tabella obblighi di pubblicazione" che costituisce una rappresentazione della sezione "Amministrazione Trasparente", accessibile dalla homepage del sito ISPRO, contenente per ogni obbligo la periodicità dell'aggiornamento, i responsabili della individuazione, elaborazione e trasmissione dei documenti, delle informazioni e dei dati per la pubblicazione, le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio per l'attuazione degli obblighi.

In adempimento a quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 è stato inserito per ciascun obbligo il termine entro il quale provvedere all'effettiva pubblicazione.

9.2 I Responsabili della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati

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

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

I responsabili garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

9.3 Misure per assicurare l'attuazione della normativa sulla trasparenza

Il RPCT svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica compilato mediante riscontro tra quanto fornito dai responsabili della individuazione, elaborazione e trasmissione dei documenti, delle informazioni e dei dati per la pubblicazione e quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Tale monitoraggio viene trasmesso dal RPCT all'OIV ed alla Direzione dell'Istituto.

La pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente è stata oggetto di monitoraggio da parte del RPCT e dell'OIV, che nel corso del 2018, ha invitato tramite l'RPCT gli uffici competenti ad adempiere alla trasmissione periodica e costante dei dati da pubblicare per legge, in modo che ciò costituisca una responsabilità e una pratica diffusa nella gestione ordinaria dell'attività da parte di tutto il personale dell'Istituto.

9.4 Obblighi di pubblicazione ulteriori rispetto a quelli previsti dal D.Lgs. n. 33/2013

Ai sensi dell'art. 7-bis, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013, le Pubbliche Amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, nel rispetto dei limiti posti a tutela di interessi giuridicamente tutelati pubblici o privati e procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.



L'Istituto ha inserito in Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Dati ulteriori:

- Whistleblowing - segnalazione degli illeciti

La segnalazione di illeciti ed irregolarità rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione all'interno di una Pubblica Amministrazione. L'Istituto ha adottato apposita procedura che si applica nel caso in cui qualunque soggetto che, a vario titolo, abbia rapporti con l'Istituto, effettui una segnalazione di fatti illeciti e/o irregolarità. La procedura è consultabile sul sito ISPRO.

- Adempimenti ex Legge n. 24 dell' 8 marzo 2017 - Legge Gelli

La Legge n. 24 dell' 8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” ha riformato e disciplinato i temi della sicurezza delle cure e della persona assistita, del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata. La Legge ha previsto per le strutture sanitarie i seguenti obblighi di pubblicazione a tutela del principio di trasparenza:

- Relazioni annuali consuntive sugli eventi avversi
- Prestazioni sanitarie erogate
- Risarcimenti erogati
- Assicurazione per la responsabilità civile

- Dati transazioni economiche da parte della industria farmaceutica verso operatori sanitari

La Delibera della Giunta della Regione Toscana n. 191/2018 approva il “Piano di interventi per il governo dell'appropriatezza farmaceutica della Regione Toscana”.

All'interno del documento si invitano le Aziende Sanitarie a “registrare e rendere disponibili sulla propria pagina web i dati relativi alle pubblicazioni da parte dell'industria farmaceutica di transazioni economiche (previsto dal Codice sulla trasparenza di Efpia, recepito in Italia con l'aggiornamento del Codice deontologico di Farindustria) verso operatori sanitari, per attività di ricerca, consulenza, congressi e formazione” (pagina 7 dell'Allegato A alla delibera). Per dare una prima attuazione a quanto previsto, il Coordinamento Regionale RPCT ha stabilito che, in attesa di un prossimo intervento della normativa nazionale sulla tematica, le aziende possono pubblicare in Amministrazione trasparente, sezione “Altri contenuti”, il collegamento al sito di Farindustria <https://www.farindustria.it/disclosure-vai-allelenco-siti-web-delle-aziende-associate/>

- Ruolo nominativo regionale del personale del SSR

Sono disponibili i dati del Ruolo nominativo del personale del Servizio sanitario regionale. Sono consultabili on line accedendo al seguente link <http://web.regione.toscana.it/ruolonominativo/> e selezionando gli elementi della posizione giuridica dei dipendenti e l'Ente di interesse.

9.5 Accesso civico semplice e accesso generalizzato

L'accesso civico semplice può essere esercitato per richiedere l'accesso a dati, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013. La richiesta di accesso può essere trasmessa, anche in via



telematica al RPCT. Il procedimento di accesso deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

L'accesso generalizzato si traduce invece in un diritto di accesso avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente. La richiesta di accesso può essere consegnata o trasmessa all'Ufficio Atti oppure all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Il procedimento di accesso deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati. Il termine dei 30 giorni è sospeso in presenza di controinteressati ai quali deve essere comunicata la richiesta di accesso e che possono presentare opposizione. La sospensione del termine va dal momento della comunicazione dell'istanza al controinteressato fino alla sua opposizione che comunque deve avvenire entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione. Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni.

Le due forme di accesso possono essere richieste indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti e la richiesta non necessita di alcuna motivazione.

Le decisioni dell'amministrazione competente o del RPCT, possono essere impugnate dal richiedente o dal controinteressato attraverso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale.

L'Istituto per regolamentare le diverse forme di accesso si è dotato di un proprio "Regolamento Accesso civico e accesso generalizzato" adottato con Delibera DG n. 219 del 07/09/2017.

10. Relazione dell'attività svolta

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

11. Antiriciclaggio

La lotta alla illegalità e alla corruzione deve essere coordinata con quella al riciclaggio. Un'efficace azione di prevenzione e contrasto della corruzione può contribuire in modo sostanziale a ridurre il rischio di riciclaggio, così come l'attività di antiriciclaggio costituisce un modo efficace per combattere la corruzione, ostacolando il reimpiego dei proventi dei reati.

La normativa di riferimento in materia di antiriciclaggio è il D.Lgs. n. 231 del 2007, modificato dal D.Lgs. n. 90 del 2017, che dà attuazione alla IV Direttiva antiriciclaggio dell'UE (2015/849). A ciò si affianca il Decreto del Ministro dell'Interno del 25 settembre 2015 e le istruzioni elaborate dall'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) del 23 aprile 2018.



Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 231 del 2007, la normativa sull'antiriciclaggio, si applica agli uffici delle Pubbliche Amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al Codice dei contratti pubblici;
- procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Nell'ambito dei procedimenti individuati dall'art. 10 del D.Lgs. n. 231/2007, le Pubbliche Amministrazioni:

- comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo;
- analogamente a quanto avviene per le aree a rischio di corruzione, adottano procedure interne, proporzionate alle proprie dimensioni organizzative e operative, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio di riciclaggio indicando le misure necessarie a mitigarlo;
- nel quadro dei programmi di formazione del personale, prevedono misure di adeguata formazione del personale e dei collaboratori ai fini della corretta individuazione degli elementi di sospetto e delle attività potenzialmente connesse con il riciclaggio;
- individuano, con provvedimento formalizzato, un "Gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF.

In base alla mission e alle attività svolte in Istituto, nonché alla sua organizzazione e dimensione, la normativa sull'antiriciclaggio lo riguarda solo con riferimento alle procedure di scelta per l'affidamento di forniture e servizi sotto 40.000 euro.

12. Disposizioni finali

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



Allegato 1 “Normativa di riferimento”

- Legge n. 190 del 06.11.2012** “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare n. 1 del 25.01.2013** del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Oggetto: Legge 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”);
- D.Lgs. n. 33 del 14.03.2013** recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013** “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- D.P.R. n. 62 del 16.04.2013** “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- Delibera CIVIT n. 72 dell’11.09. 2013** “Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 149 del 22.12.2014** “Interpretazione ed applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016** “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016** “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC n. 833 del 03.08.2016** “Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’ANAC. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili”;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28.12.2016**, “Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, co. 2 del D.Lgs. n. 33/2013”;
- Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016** “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”;
- D.Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016** “Codice dei contratti pubblici”;
- Delibera ANAC n. 1096 del 26.10.2016**, aggiornate con Delibera n. 1007 dell’11.10.2017 Linee guida n. 3, di attuazione del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti “Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l’affidamento di appalti e concessioni”;
- Delibera ANAC n. 241 del 8.03.2017** “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall’art. 13 del d.lgs. 97/2016;
- Delibera ANAC n. 358 del 29.03.2017** “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Delibera ANAC n. 382 del 12.04.2017** “Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017”;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22.11.2017** “Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Legge n. 179 del 30.11.2017** “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati di irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- Decreto Presidente Giunta Regione Toscana n. 7/R del 13.02.2018** “Regolamento di attuazione dell’articolo 101.1, comma 5 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) in materia di attività contrattuale dell’ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR), quale centrale di committenza del servizio sanitario regionale”.
- Delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018** “Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;