



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° 22 del 30/01/2018

Oggetto: Approvazione "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018-2020 dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)	
Struttura Proponente	Direzione Aziendale
Responsabile del procedimento	Dott.ssa Barbara Mengoni 
Estensore	
ALLEGATI N.	1

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE



Importo di spesa:

Conto Economico n.

Eseguibile a norma di Legge dal 30 GEN. 2018

Pubblicato a norma di Legge il 30 GEN. 2018

Inviato al Collegio Sindacale il 30 GEN. 2018

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/e:

- 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 28 dicembre 2015, n. 84 avente per oggetto “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005”;
- la Legge Regionale Toscana 14 luglio 2016, n. 44 recante “Ulteriori disposizioni in merito al riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005 e alla L.R. 3/2008”;
- 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);
- la Delibera del Direttore Generale ISPRO n. 265 del 27.10.2017 con la quale è stato adottato il Codice etico e di comportamento dei dipendenti dell’Istituto per disciplinare i valori etici, le regole di buona condotta, i doveri minimi di imparzialità e diligenza;

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;

Preso atto che con Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016;

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. 1208 del 22.11.2017 “Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;

Richiamate le direttive e le circolari emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall’ANAC in materia di semplificazione, trasparenza e anticorruzione nelle Pubbliche Amministrazioni;

Rilevata la necessità di redigere il PTPC per il triennio 2018-2020 per l’assolvimento degli obblighi in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, trasparenza ed integrità;

Rilevato che il presente PTPC è stato diffuso ai principali portatori di interesse 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 ISPO (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) 2018-2020, ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti in materia e per la promozione di una cultura fondata sulla legalità, la trasparenza e l'integrità;
2. di pubblicare il PTPC sul sito istituzionale nell'apposita "Sezione Amministrazione Trasparente" (sottosezione Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione);
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questo Istituto.

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

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

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

STRUTTURE AZIENDALI DA PARTECIPARE:

Ai Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza dell'Istituto (Direttori S.C./S.S., P.O. e Clinical Risk Manager)

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

Elenco degli allegati

Allegato "A" Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018-2020 dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) n. pagine 124

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2018-2020**Codice Aziendale
A0078Pagina 1 di 124
Edizione 1
Revisione 4

Allegato "A" alla Deliberazione n. 22 del 30 GEN. 2018

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2018-2020
dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO)****Gruppo di redazione:** Simona Benedetti, Antonella Cipriani, Cristina Gheri, Teresa Macrì, 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		
APPROVAZIONE	Gianni Amunni	Direttore Generale		



INDICE

1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)	3
2. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	4
3. Risorse a disposizione del RPCT: Gruppo di lavoro, Referenti, Dirigenti, Posizioni Organizzative e Dipendenti	5
4. Altri soggetti	6
5. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione	6
6. Analisi del contesto	7
7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione	10
8. Controllo sui procedimenti amministrativi	15
9. Codice etico e di comportamento dei dipendenti	16
10. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	16
11. Ulteriori azioni di prevenzione della corruzione	16
12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	20
13. Patti di integrità	20
14. Rapporto con il ciclo della performance	20
15. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	20
16. Relazione dell'attività svolta	20
17. Obblighi di informazione	21
18. Controllo e prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni	21
19. Pianificazione triennale delle azioni di prevenzione	22
20. Attività di formazione	25
21. Attività di divulgazione	26
22. Obblighi di trasparenza	26
23. Disposizioni finali	27

Allegato 1: Sezione Amministrazione Trasparente: Tabella obblighi di pubblicazione

Allegato 2: Mappatura dei processi



1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)

1.1 Inquadramento del fenomeno della corruzione

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

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

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

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

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

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

D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità 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 inconferibilità 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 inconferibili 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. 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”.

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.

1.3 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

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

Obiettivo 1 - Riduzione delle opportunità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all’interno di ISPRO: la prevenzione della corruzione e dell’illegalità costituisce un obiettivo strategico dell’Istituto che investe l’intera struttura organizzativa e tutti i processi decisionali, attraverso l’elaborazione e l’attuazione di effettive e concrete misure di prevenzione da indicare nel prossimo PTPC 2018-2020 quali:

- la correlazione tra PTPC e Piano della performance poiché da un lato le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, dall’altro le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle strutture e ai loro responsabili. Ciò agevola l’individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più effettive e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa;
- attività di informazione e formazione sui temi inerenti la materia;
- analisi dei processi;
- monitoraggi periodici delle attività più esposte a rischio di corruzione.

Obiettivo 2- Individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità: miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi nella Sezione Amministrazione Trasparente. Nell’ambito di tale obiettivo, sarà da valutare la previsione di azioni volte al miglioramento della qualità dei dati pubblicati nel senso che, oltre alla necessità di pubblicare i dati in formato di tipo aperto, deve essere garantito, anche, il costante aggiornamento, la tempestività, la completezza, la semplicità di consultazione e la comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate.

Obiettivo 3 - Creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione: applicazione e relativo monitoraggio del Codice etico e di comportamento dell’Istituto.

2. 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 2016 (Delibera ANAC n. 831/2016), il RPCT deve, in particolare:

- provvedere al monitoraggio del Piano, nonché alla costante valutazione della sua idoneità proponendone altresì la modifica e l’aggiornamento;
- provvedere ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui all’art. 1 comma 11 Legge n. 190/2012;
- verificare, di intesa con il dirigente competente l’effettiva rotazione degli incarichi nelle strutture preposte allo svolgimento di attività mappate come a “rischio elevato” di corruzione;
- pubblicare nel sito istituzionale la relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta, secondo lo schema predefinito e la tempistica indicata dall’ANAC;
- controllare e assicurare, insieme ai dirigenti responsabili, la regolare attuazione dell’accesso civico;
- segnalare all’organo di indirizzo e all’organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare agli uffici competenti all’esercizio dell’azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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

- verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazioni per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all’adozione del provvedimento finale;
- effettuare, tramite i Referenti e l’apposito Gruppo di lavoro di cui ai successivi paragrafi, audit interni presso le strutture organizzative di ISPRO al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi.

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

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

3.1 Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione

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

3.2 Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione, in ISPRO sono individuati nei Responsabili di Struttura Complessa e Semplice, nei titolari di Posizione Organizzativa e nel Clinical Risk Manager.

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

3.3 Dirigenti

I Dirigenti di ISPRO:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell’Autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001; art. 20 D.P.R. n. 3/1957; art.1, comma 3, Legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio secondo le indicazioni contenute nel presente Piano;

- propongono le misure di prevenzione;
- assicurano, quando Direttori di S.C. e S.S., l'osservanza del Codice etico e di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano, quando Direttori di S.C. e S.S., le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel Piano.

3.4 Posizioni Organizzative

Le Posizioni Organizzative di ISPRO:

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

3.5 Dipendenti

Tutti i Dipendenti di 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.

4. Altri soggetti

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

5. Conflitto di interessi ed obbligo di astensione

Tali fattispecie sono disciplinate dall'Istituto tramite il Codice etico e di comportamento dei dipendenti adottato con Delibera del Direttore Generale n. 265 del 27.10.2017.

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. Analisi del contesto

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

6.1 *Analisi del contesto esterno*

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2017 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.

Alla luce di quanto previsto con DGRT n. 1199 del 29.11.2016 avente ad oggetto "Indicazioni ed adempimenti alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale per il percorso attuativo di certificabilità" l'Istituto con delibera del Direttore Generale n. 204 del 17.08.2017 ha provveduto ad implementare il sistema di controllo interno attraverso l'adozione di idoneo regolamento e la contestuale attivazione di una struttura di Internal Audit in staff alla Direzione Generale.

In occasione dell'apertura dell'anno giudiziario 2018 presso la Corte di Appello di Firenze è emerso che i procedimenti per delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (si pensi, in particolare, a quelli per reati di corruzione e concussione) sono aumentati costituendo, un fenomeno preoccupante e patologico per una moderna democrazia.

6.2 *Analisi del 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)", sono rimasti invariati Codice Fiscale, Partita Iva e sede legale dell'Istituto.

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.

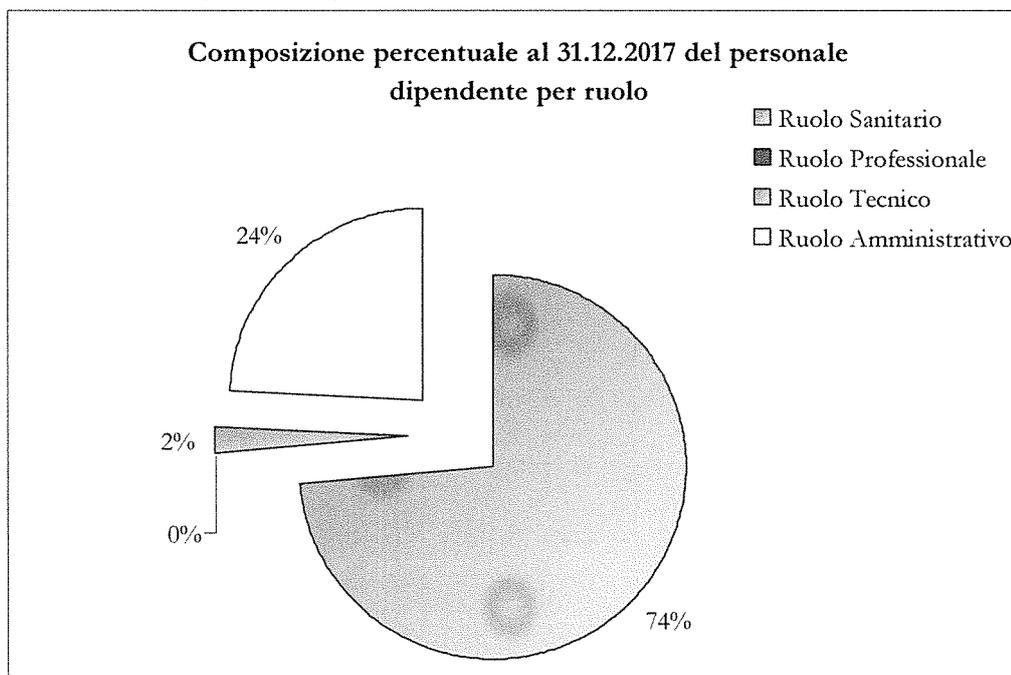
Relativamente al profilo professionale ed alla quantità del personale in servizio, di seguito si riporta nella tabella 1 e nel grafico 1 la rappresentazione dell'organico del personale dipendente al 31.12.2017.



Tabella 1 - Organico del personale al 31.12.2017 suddiviso per ruolo ed area contrattuale

Ruolo/area contrattuale	31/12/2017
Sanitario	
Dirigenza medica e veterinaria	25
Dirigenza non medica	13
Comparto	62
Professionale	
Dirigenza	0
Comparto	0
Tecnico	
Dirigenza	0
Comparto	3
Amministrativo	
Dirigenza	4
Comparto	29
TOTALE	136

Grafico 1 – Composizione percentuale del personale suddiviso per ruolo



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



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

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

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

L'Istituto anche nel 2017 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".

L'attuazione delle misure di trasparenza, con particolare riferimento alle pubblicazioni dei dati in Amministrazione Trasparente è stata oggetto di monitoraggio da parte del RPCT e dell'OIV, che nel corso del 2017, ha invitato 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 tutti il personale dell'Istituto.

Tabella richieste accessi ricevuti – Anno 2017

Tipologia di accesso	N° accessi
Accesso agli atti	2
Accesso civico semplice	0
Accesso generalizzato	1
Totale	3

Tabella su segnalazioni ricevute – Anno 2017

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

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 2016, dal conto economico e dal rendiconto finanziario per l'esercizio chiuso a tale data 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 2016 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.



Tabella su rilievi – Anno 2017

Tipologia di rilievi	N° rilievi
Del Collegio Sindacale	2
Dell'OIV	2
Della Società di revisione	0
Totale	4

7. Settori ed attività particolarmente esposti a rischio corruzione

7.1 Aree di rischio

Una delle esigenze a cui il presente Piano deve tendere è l'implementazione di un sistema di "Risk assessment" partendo dalle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione.

L'art. 1 comma 9 lett. a) della Legge n. 190/2012 ha individuato le "aree di rischio comuni ed obbligatorie", la Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" e la Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" hanno previsto un approfondimento specifico per la "Sanità" introducendo ulteriori aree di rischio che necessitano opportuna analisi.

Tali aree laddove applicabili all'Istituto sono state inserite come aree a rischio in applicazione del Piano Nazionale Anticorruzione e valutate a rischio "alto".

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

7.2 Gestione del rischio

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

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

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

Le fasi principali seguite sono:

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

a. Mappatura dei processi

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

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

Considerata l'importanza della mappatura dei processi, in Istituto nel 2017 è stato valutato di inserire tale



adempimento tra gli obiettivi di budget per CdR.

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

b. Valutazione del rischio

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

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

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

b1. Identificazione del rischio

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

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

Al fine di individuare in maniera corretta e puntuale il livello di rischio, ciascun Referente in qualità di Direttore di S.C./S.S. o di P.O., anche su impulso del RPCT, propone per la propria area di competenza i rischi e le attività soggette a rischio.

b2. Analisi del rischio

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

b3. Ponderazione del rischio

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

L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell'analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio.

c. Trattamento del rischio e le misure per ridurlo

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

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

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

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca	A1 (fonte: PNA) Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi Dirigenziali	<ul style="list-style-type: none"> Nomina della commissione Svolgimento dell'attività valutativa 	ALTO	P.O. Settore Gestione Risorse Umane ed Affari Generali
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca S.C., S.S. coinvolti	A2 (fonte: PNA) Gestioni progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche"	<ul style="list-style-type: none"> Modalità di utilizzo di finanziamento Rapporto tra il Responsabile del Progetto e l'Ente Finanziatore 	ALTO	P.O. Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca S.C., S.S. e Coordinamenti coinvolti Esterni: Struttura Gestione del personale, Azienda USL Toscana	A3 (fonte: PNA) Alienazione immobili	<ul style="list-style-type: none"> Svolgimento dell'attività di controllo Procedure individuate per l'alienazione 	ALTO	P.O. Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche



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

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2018-2020**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 13 di 124
Edizione 1
Revisione 4

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
Direzione Sanitaria S.C., S.S. coinvolte	A4 (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
Direzione Sanitaria S.C., S.S. e Coordinamenti coinvolti	A5 (fonte: Mappatura aziendale) Formazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno • Attribuzione incarichi di docenza • Iscrizione ad eventi formativi individuali 	MEDIO	Direzione Sanitaria
Coordinamento Tecnico Sanitario	A6 (fonte: Mappatura aziendale) Trasferimento ambulatori mobili	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione calendario annuale screening mammografico 	MEDIO	P.O. Coordinamento Tecnico Sanitario
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione	A7 (fonte: Mappatura aziendale) Allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi carichi di lavoro • Individuazione profilo di competenza 	ALTO	P.O. Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2018-2020**

Codice Aziendale
A0078
Pagina 14 di 124
Edizione 1
Revisione 4

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio	Responsabile del monitoraggio
S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca S.C., S.S. coinvolte	A8 (fonte: PNA) Appalti con affidamenti diretti	<ul style="list-style-type: none">• Formulazione e comunicazione dei fabbisogni• Individuazione del fornitore	ALTO	P.O. Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economici



7.3 Monitoraggio delle aree di rischio prioritarie

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

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

Tabella 3 – INDICI PRESUNTIVI DI RISCHIO	
AREA DI RISCHIO	INDICI PRESUNTIVI DI RISCHIO
A1 Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi Dirigenziali	<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 Alienazione immobili	<ul style="list-style-type: none">- Presenza di patrimonio aziendale non utilizzato per finalità istituzionali e/o non inserito in piani di dismissione;- Presenza di uno scostamento fra valore, prezzo di vendita e ricavato nelle procedure di dismissione/locazione.
A4 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.
A5 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.
A6 Trasferimento ambulatori mobili	<ul style="list-style-type: none">- Modifiche non programmate alla pianificazione del calendario
A7 Allocazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none">- Richiesta di personale senza idonea quantificazione dell'impegno necessario;- Richiesta di profili professionali non adeguati ai compiti da svolgere.
A8 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.

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

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

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

8. Controllo sui procedimenti amministrativi

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



9. Codice etico e di comportamento dei dipendenti

A seguito della delibera ANAC n. 358 del 29.03.2017 con cui sono state approvate «Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale», il Codice di comportamento dell'Istituto è stato aggiornato per recepire le indicazioni fornite dall'ANAC.

Nel nuovo Codice, in particolare, sono stati inserimenti principi e norme di carattere etico, sono state individuati precisi ambiti di attività potenzialmente idonei a determinare situazioni di conflitto di interessi, è stata esplicitata la procedura per la comunicazione e la gestione di situazioni di conflitto di interessi ed è stata prevista un'apposita tabella di corrispondenza tra le singole violazioni delle norme previste dal Codice e le sanzioni disciplinari applicabili.

Il Codice etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 265 del 27/10/2017.

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

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

L'attuazione della misura appare di notevole complessità all'interno di 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.

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

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

10.1 Misure alternative alla rotazione del personale

Si prevede nel corso del 2018 di mettere in atto quanto segue:

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

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

11. Ulteriori azioni di prevenzione della corruzione

11.1 Incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi

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

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

La modulistica per il rilascio delle dichiarazioni previste dal Codice 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.

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

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



lavoro.

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

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

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

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006). Per "cessazione del rapporto di pubblico impiego" deve intendersi qualunque causa di cessazione del rapporto con l'amministrazione e quindi anche il caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione.

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

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

11.3 Composizione delle Commissioni di concorso

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

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

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

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

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



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

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

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

Ai fini della prevenzione della corruzione, le Linee Guida dell’ANAC (Deliberazione ANAC n. 1096 del 26 ottobre 2016, aggiornate con Deliberazione ANAC n. 1007 dell’11 ottobre 2017) attuative del nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. n. 50/2016) forniscono indicazioni sul ruolo e le funzioni del RUP e del DEC, che in via ordinaria possono coincidere.

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

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

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

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

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

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

a) Per i servizi e le forniture di importo inferiore alle soglie di cui all’art. 35 del Codice degli Appalti, 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.

Per i servizi e le forniture pari o superiore alle soglie di cui all’art. 35 del Codice degli Appalti, 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

b) 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.

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

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

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

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

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

Il RUP del modulo aggregativo svolge le attività di:

1. programmazione, relativamente alla raccolta e all'aggregazione dei fabbisogni e alla calendarizzazione delle gare da svolgere;
2. progettazione degli interventi con riferimento alla procedura da svolgere;
3. affidamento;
4. esecuzione per quanto di competenza.

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

Ai sensi del PNA 2016 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 Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economiche.

11.6 Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN

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

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



12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

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

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.

13. Patti di integrità

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

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

14. Rapporto con il ciclo della performance

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

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

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

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

Per il triennio 2018-2020 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;
- 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;
- presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

15. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

16. Relazione dell'attività svolta

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



17. Obblighi di informazione

Il presente Piano è diffuso a tutto il personale di 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.

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

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

- raccolta di informazioni;
- verifiche e controlli presso le strutture dell'Istituto (in particolare verifica dei rilievi del collegio sindacale e dell'OIV attraverso l'analisi dei verbali e di apposita reportistica contenente i rilievi effettuati e le azioni poste in essere conseguentemente);
- verifica adempimenti sulla trasparenza attraverso monitoraggi periodici, 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 4), presso le strutture dell'Istituto le cui aree risultano qualificate a maggiore esposizione a rischio a seguito della valutazione del rischio di cui alla tabella 2 del presente documento.

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

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

Con delibera DG ISPO n. 312/2017, è stato adottato Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) dell'Istituto. Il rispetto del percorso attuativo di certificabilità rappresenta un importante strumento per il rafforzamento del controllo interno e della qualità dei processi amministrativi, contabili e sanitari.

Tabella 4 – Programmazione degli Audit

Tabella 4.1 – Programmazione degli Audit – anno 2018

Audit 2018	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.S. Centro Riabilitazione Oncologica	- Gestione processi sanitari ambulatoriali
Coordinamento Tecnico Sanitario	- Trasferimento ambulatori mobili (area A6)



Tabella 4.2 – Programmazione degli Audit – anno 2019

Audit 2019	
Struttura organizzativa coinvolta	Processo oggetto dell'audit
S.C. Screening e Prevenzione Secondaria	- Gestione processi sanitari ambulatoriali
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione	- Allocazione delle risorse (area A7)
Settore Attività Amministrative di Supporto Area Ricerca	- Gestioni progetti finalizzati per “sperimentazioni cliniche” (area A2)

Nel corso del 2017, fino al gennaio 2018 si sono svolti gli Audit programmati nel PTPC 2017-2019.

Le aree/processi oggetto di verifica sono state/i:

- processo “Gestione processi sanitari ambulatoriali”, che ha coinvolto la S.C. Senologia Clinica;
- area A10 “Libera professione intramoenia ambulatoriale” che ha coinvolto la S.C. Senologia Clinica, la S.C. Screening e Prevenzione Secondaria e la S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica;
- area A14 “Appalti con affidamenti diretti” e processo “Gestione patrimonio aziendale” che hanno coinvolto il Settore Attività Tecnico/Patrimoniali ed Economali;
- 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.

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.

Gli incontri si sono svolti con la partecipazione e collaborazione del personale coinvolto e sono stati un momento di crescita e approfondimento reciproco. Nel corso degli Audit sono emerse criticità e sono state valutate possibili azioni di miglioramento, nonché azioni e prassi positive già in essere e da consolidare.

19. Pianificazione triennale delle azioni di prevenzione

La tabella sottostante riporta in sintesi le principali azioni previste nel triennio correlate agli obiettivi strategici:

- Obiettivo 1: Riduzione delle opportunità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno di ISPRO
- Obiettivo 2: Individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità
- Obiettivo 3: Creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione



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

AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2017	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2018-2020 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A1 Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi di Dirigenziali	Delibera DG ISPO n. 114/2017 Rinnovo posizioni organizzative Delibera DG ISPO n. 164/2017 Presa atto stipula contratti posizioni organizzative sanitarie e Direttori Strutture semplici e complesse Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni	Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3 Realizzazione regolamento incarichi della dirigenza - Obiettivo 1
A2 Gestioni progetti finalizzati per “sperimentazioni cliniche”	Circolare Prot. 1663/2017 Disposizioni in merito alle procedure in essere per progetti di ricerca Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni Procedura operativa AP022 Messa in pagamento delle fatture relative a convenzioni passive per progetti finalizzati	Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3 Redazione procedura - Obiettivo 1 e 3 Aggiornamento regolamento includendo attività sperimentazioni cliniche - Obiettivo 1
A3 Alienazione immobili	Delibera DG ISPO n. 10/2017 Conferimento incarico per la stesura relazione tecnica per rogito di vendita immobile di proprietà dell'ISPO posto in Viale Amendola n. 28 a Firenze Delibera DG ISPO n. 41/2017 Compravendita immobile "Villino delle Rose" Via Cosimo il Vecchio 2, e contestuale cessione immobile, sito in Viale Amendola 28. Approvazione schemi contrattuali ed autorizzazione al D.G. alla relativa stipula Delibera DG ISPO n. 78/2017 Relazione sullo stato di avanzamento e relazione di ESTAR rispettivamente per il punto 1 lett. a e lett. b e punto 2 della DGRT n. 1199 del 29.11.2016 (Percorso attuativo certificabilità) Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni Delibera DG ISPO n. 312/2017 Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) dell'Istituto	Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3 Redazione procedura e/o regolamento - Obiettivo 1 e 3



AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2017	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2018-2020 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A4 Libera professione intramoenia ambulatoriale	<p>Svolgimento audit interno</p> <p>Delibera DG ISPO n. 78/2017 Relazione sullo stato di avanzamento e relazione di ESTAR rispettivamente per il punto 1 lett. a e lett. b e punto 2 della DGRT n. 1199 del 29.11.2016 (Percorso attuativo certificabilità)</p> <p>Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni</p> <p>Delibera DG ISPO n. 303/2017 Aggiornamento Tariffario Libera Professione Intramoenia ISPO</p> <p>Delibera DG ISPO n. 312/2017 Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) dell'Istituto</p>	<p>Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3 Obiettivo 3</p> <p>Aggiornamento del regolamento - Obiettivo 1</p>
A5 Formazione del personale	<p>Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni</p> <p>Delibera DG ISPO n. 284/2017 Nomina/conferma del Referente Formazione Interna (RFI), dei Facilitatori della Formazione e del DEC per la formazione (Convenzione per il supporto tramite personale in materie amministrative e gestionali con ASTC) e abrogazione delibera DG n. 293 del 24.12.2015</p>	<p>Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3</p> <p>Monitoraggio della partecipazione agli eventi in aggiornamento individuale attraverso idoneo flusso informativo a carico del Referente della Formazione del personale da inviare al RPCT - Obiettivo 2 e 3</p>
A6 Trasferimento ambulatori mobili	<p>Monitoraggio in occasione di:</p> <ul style="list-style-type: none">- attivazione campagna di screening di nuovo comune/quartiere- attivazione campagna / manifestazione <p>Revisione annuale presso uffici Motorizzazione (MCTC) Firenze</p>	<p>Redazione procedura e/o regolamento - Obiettivo 1 e 3</p> <p>Trasmissione del monitoraggio dei trasferimenti attraverso idoneo flusso informativo a carico del Responsabile da inviare al RPCT - Obiettivo 2 e 3</p>
A7 Allocazione delle risorse	<p>Pianificazione mensile e verifica delle attività ambulatoriali e di back-office del personale infermieristico, OSS.</p> <p>Pianificazione mensile e verifica delle attività di codifica per il Registro Toscano Tumori del personale assistente sanitario ed infermieristico.</p> <p>Pianificazione periodica e verifica delle attività presso l'URP del personale infermieristico addetto.</p>	<p>Redazione procedura e/o regolamento - Obiettivo 1 e 3</p> <p>Monitoraggio della allocazione del personale attraverso idoneo flusso informativo a carico dei gestori delle risorse da inviare al RPCT - Obiettivo 2 e 3</p>



AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2017	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2018-2020 ED OBIETTIVI STRATEGICI CORRELATI
A8 Appalti con affidamenti diretti	<p>Svolgimento audit interno</p> <p>Delibera DG ISPO n. 78/2017 Relazione sullo stato di avanzamento e relazione di ESTAR rispettivamente per il punto 1 lett. a e lett. b e punto 2 della DGRT n. 1199 del 29.11.2016 (Percorso attuativo certificabilità)</p> <p>Delibera DG ISPO n. 204/2017 Approvazione del Regolamento d'Istituto sul sistema dei controlli interni</p> <p>Delibera DG ISPO n. 312/2017 Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) dell'Istituto</p>	<p>Attivazione Internal Audit – Obiettivo 1 e 3</p> <p>Monitoraggio degli affidamenti diretti attraverso idoneo flusso informativo a carico del RUP da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale - Obiettivo 2 e 3</p>

20. Attività di formazione

20.1 Oggetto e finalità

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

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

L'Istituto ritiene di sviluppare anche in questo triennio interventi di formazione/informazione articolati su più livelli rivolti a tutto il personale, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno, fornendo la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio e promuovendo la cultura della legalità, della integrità, della trasparenza e dell'etica.

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

Gli incontri avranno ad oggetto principalmente i contenuti del PTPC e del Codice etico e di comportamento dei dipendenti. Tali tematiche saranno affrontate mediante l'analisi di casi pratici tipici del contesto lavorativo, al fine di far emergere il comportamento eticamente adeguato nelle diverse fattispecie.

Tali percorsi saranno strutturati su due livelli:

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

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

20.2 Percorsi formativi di livello specifico

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

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



Nell'ambito dei corsi di formazione per tali figure dovranno essere analizzate le misure di prevenzione della corruzione, le modalità più efficaci per la gestione del rischio, per il monitoraggio e la valutazione nell'ottica del miglioramento continuo e della trasparenza delle azioni dell'Istituto.

Le tematiche legate alla prevenzione della corruzione dovranno essere contestualizzate con la presentazione e discussione in seduta plenaria di specifica casistica.

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

20.3 Percorsi formativi di livello generale

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

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

Inoltre, si prevede anche una formazione "periodica" attivabile in caso di nuove assunzioni o di assegnazione di nuovo personale alle strutture in cui è maggiormente presente il rischio di corruzione. Formazione che deve essere garantita dal Direttore di Struttura o dalla P.O. di riferimento, con l'eventuale supporto del RPCT.

20.4 Incontri individuali o con piccoli gruppi

Nel corso del 2017 sono stati realizzati 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.

Alcuni incontri hanno riguardato lo specifico personale coinvolto nella produzione e trasmissione dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, nell'ottica di sinergia e collaborazione tra gli uffici e al fine di favorire e facilitare l'attuazione degli adempimenti di pubblicazione e l'implementazione degli eventuali dati mancanti, parziali o non aggiornati.

Gli incontri sono stati utili per sensibilizzare alla materia, facilitare la conoscenza e la comprensione delle tematiche connesse alla prevenzione della corruzione.

Considerato il riscontro positivo ottenuto si ritiene di procedere secondo questo modus operandi anche per il futuro.

21. Attività di divulgazione

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.

22. Obblighi di trasparenza

Ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016 costituisce parte integrante del PTPC l'allegato 1 "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.

22.1 Procedura per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente

I dirigenti e/o i funzionari referenti responsabili dell'elaborazione e della comunicazione dei dati richiedono la pubblicazione sul portale tramite la trasmissione di una e-mail contenente i documenti e i dati oggetto di pubblicazione

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica**PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
(PTPC) 2018-2020**Codice Aziendale
A0078

Pagina 27 di 124

Edizione 1

Revisione 4

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.

22.2 Monitoraggio

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

23. Disposizioni finali

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