

**IRCCS MATERNO INFANTILE BURLO
GAROFOLO TRIESTE**

**PIANO TRIENNALE DELLA
PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE 2016 - 2018**

Legge 190 dd. 6/11/2012

-adottato ai sensi dell'art. 1, comma 5 e 9 della L. 6 novembre 2012, n. 190 e dell'art. 10 del
D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33

INDICE

1. Finalità e modalità di predisposizione del piano	3
2. Contesto di riferimento	4
3. Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione	9
4. Gestione del rischio e criteri di identificazione e valutazione del grado di rischio	16
5. Attività aziendali a più elevato rischio di corruzione e registro dei rischi.....	16
6. Meccanismi idonei a prevenire il rischio di corruzione e relative modalità di controllo	17
7. Coordinamento tra gli il PTPC e il Piano della Performance	18
8. Meccanismi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione	19
9. Programma triennale di trasparenza e integrità.....	20
10. Codice di comportamento aziendale.....	20
11. Rotazione degli incarichi.....	21
12. Obbligo di astensione	21
13. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.....	22
14. Disciplina degli incarichi e delle attività non consentite ai dipendenti (extraimpiego)	23
15. Attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di lavoro e patti di integrità	23
16. Disciplina per la partecipazione a commissioni interne per la selezione del personale e scelta del contraente.....	24
17. Ulteriori misure di prevenzione della corruzione.....	24
18. Processo di partecipazione dei portatori di interesse	25
19. Fasi e tempi del processo di programmazione triennale	25
20. Aggiornamento del PTPC.....	27

Allegato 1: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018

Allegato 2: Tabella valutazione del rischio

Allegato 3: Registro dei rischi 2016

1. Finalità e modalità di predisposizione del piano

Il presente piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018 (di seguito piano o PTPC) recepisce gli esiti di un processo avviato con l'adozione del primo piano aziendale - triennio 2013-2015 - e dei successivi aggiornamenti (triennio 2014-2016, triennio 2015-2017)- e accoglie gli aggiornamenti emersi come necessari a seguito della successiva adozione del Piano anticorruzione nazionale, dell' Aggiornamento 2015 (determinazione ANAC, Autorità nazionale anticorruzione, n. 12 del 28 ottobre 2015) e delle istruzioni e deliberazioni emanate dall'ANAC. Il documento conferma, in parte, le previsioni del piano precedente e accoglie altresì le novità, modifiche e integrazioni in buona parte resesi indispensabili anche in conseguenza del lavoro svolto da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione in sinergia con i referenti, così come indicato nelle relazioni prodotte dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e pubblicate sul sito web aziendale.

Per l'aggiornamento e la predisposizione del PTPC 2016-2018 è stato pubblicato, sul sito web istituzionale, l'avviso di consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte degli *stakeholder* interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.). Tale contributo porta un duplice vantaggio: una corretta individuazione degli obiettivi strategici, un'adeguata partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento dei soggetti.

Una seconda fase prevederà sia il coinvolgimento dell'Ufficio relazioni con il pubblico e relazioni internazionali (U.R.P.), che rappresenta per *mission* istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza, sia la raccolta di feedback, ovvero di "risposte", provenienti dagli *stakeholder* sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate, ritardi e/o inadempienze riscontrati.

2. Contesto di riferimento

Come rilevato dall'Autorità Anticorruzione, i contesti di riferimento esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'Amministrazione e rappresentano uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e definire le relative misure.

Contesto esterno socio economico

Le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'IRCCS Burlo opera, ad esempio le variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio, e come queste possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno della Società, sono state adeguatamente considerate nella stesura del presente piano.

Secondo le indicazioni rese dal Procuratore generale della Corte di Appello di Trieste sulle caratteristiche della criminalità nel Distretto relativamente all'anno 2014 (l'ultimo disponibile alla data di adozione del presente piano), la situazione complessiva della sicurezza nell'ambito della Regione "Friuli Venezia Giulia" non desta fondate preoccupazioni. Infatti i reati che, per tipologia e non per entità numerica, risultata in diminuzione, hanno suscitato maggior allarme sociale, anche in termini di incidenza sulla c.d. sicurezza "percepita", sono stati quelli di natura predatoria. Il fenomeno dell'immigrazione, dopo le emergenze degli anni passati, è giudicato in fase di assestamento.

Per quanto attiene al fenomeno della criminalità organizzata, è stato segnalato che, pur essendo state registrate manifestazioni delittuose astrattamente riferibili all'azione di sodalizi criminali, le indagini esperite dalle Forze di Polizia non hanno evidenziato alcuna forma di criminalità riconducibile alla fattispecie di cui all'art. 416-bis c.p., che da sempre trova in Regione un argine significativo nelle caratteristiche culturali e sociali delle popolazioni locali, ben resistenti alla penetrazione di stampo mafioso.

Per quanto riguarda i delitti contro la pubblica amministrazione, con particolare riferimento ai reati di peculato, corruzione e concussione, sostanzialmente stabile è risultata la sopravvenienza di questa tipologia di reati presso il Tribunale di Trieste. I delitti aventi ad oggetto l'indebita percezione di contributi, finanziamenti, ecc. concessi dallo Stato, da altri enti pubblici o dalla Comunità Europea, hanno registrato un leggero incremento. Delitti di associazione per delinquere di stampo mafioso: è stata registrata una sola iscrizione, peraltro

a carico di ignoti, per tale titolo di reato presso la Sezione G.I.P. del Tribunale di Trieste.

Pur in assenza di un contesto non fecondo allo sviluppo di fenomenologie criminali connesse alla diffusione della corruzione (ed anche, paradossalmente, al conseguimento di un indebito utile o vantaggio per l'Ente, a sua volta collegato alla performance dirigenziale), nondimeno non viene sottovalutata la fase recessiva o, quanto meno stagnante, dell'economia locale, che potrebbe indurre a una maggiore esposizione al rischio corruzione. Infatti, a titolo di esempio si evidenzia che il generale deterioramento delle condizioni economiche del Paese, della cui grave portata anche il territorio del distretto della Corte di Appello di Trieste ovviamente risente, trova riscontro anche nel contenzioso di natura fallimentare e di impresa: le procedure fallimentari ivi iscritte nel periodo 2013/2014 hanno segnato un consistente incremento del 38,54%, essendo passate dalle n. 96 del 2012/2013 alle n. 133 di quello in esame.

Contesto esterno dell'IRCCS Burlo Garofolo

L'IRCCS Burlo Garofolo analogamente alle altre aziende del Servizio Sanitario Regionale sta progressivamente applicando quanto previsto dalla LR 17 dd. 16/10/2014 in materia di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario del Friuli Venezia Giulia.

Tale legge e i successivi documenti di programmazione regionale (DGR n. 2673/2014, DGR n. 929/2015, DGR 1243/2015, DGR 2039/2015), riconoscono al Burlo un ruolo centrale nella rete materno-infantile della Regione Friuli Venezia Giulia e tale ruolo deve essere declinato operativamente nei documenti di programmazione e negli obiettivi aziendali. L'IRCCS Burlo Garofolo non è pertanto un piccolo ospedale: è uno dei tre IRCSS pediatrici e uno dei dodici Ospedali pediatrici/materno-infantili italiani e in questo senso si diversifica dalle altre Aziende Sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia fin dalle modalità di nomina del Direttore Generale, che prevedono la condivisione tra Regione e Ministero della Salute. Suo mandato istituzionale è quello di garantire l'assistenza ad alto livello e, contemporaneamente, di sviluppare la ricerca traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile. Inoltre, in quanto sede didattica dell'Università degli Studi di Trieste, svolge anche un importante ruolo nella rete didattica della Scuola di Medicina.

Relativamente all'attività assistenziale svolta dal Burlo in ambito pediatrico, negli ultimi anni si è osservata una progressiva riduzione, relativa ed assoluta, della popolazione giovanile di

età 0-18 anni, per cui il numero e la tipologia dei pazienti degli ospedali pediatrici sono cambiati. I tassi di morbosità e mortalità sono diminuiti, si è ridotta la morbosità infettiva ed è diminuita la necessità di cure ospedaliere in regime di acuzie. Nello stesso tempo è aumentato il numero dei pazienti pediatrici con malattie croniche che richiedono cure complesse, con una forte integrazione ospedale-territorio.

In ambito ostetrico-ginecologico, negli ultimi anni si è osservato un progressivo aumento dell'età delle donne primipare e quindi delle gravidanze a rischio, con la conseguente necessità di interventi di PMA, diagnosi prenatale e terapia intensiva neonatale. In ambito ginecologico si è osservato invece un progressivo aumento dell'età media delle donne con incremento di quelle che ricorrono ad interventi ginecologici che richiedono cure complesse, realizzate con tecniche poco invasive.

Negli stessi anni il governo della sanità regionale e l'impegno degli operatori sanitari hanno portato ad una progressiva riduzione dei ricoveri ospedalieri, con appropriata riallocazione delle prestazioni in *setting* assistenziali più appropriati ("territorio") e, a seguito di un uso più appropriato delle risorse, a una maggiore attenzione al ricorso alle prestazioni diagnostiche ambulatoriali. Questi trend, unitamente ad un calo generalizzato del ricorso alle prestazioni sanitarie legato alla crisi economica, hanno comportato per le Aziende "Territoriali" (AAS) una riduzione dei costi, a fronte di introiti "stabilizzati" dal finanziamento "a quota capitaria"; al contrario, ha comportato una riduzione dei ricavi per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS che devono comunque continuare a garantire prestazioni di alta complessità e costosità, a fronte di tariffe non sempre adeguate ai costi.

In tale contesto si esplicita l'attività di ricovero ed ambulatoriale dall'Istituto. Si riporta nelle tabelle sottostanti una sintesi dell'attività di ricovero, suddivisa per tipologia e per provenienza, e dell'attività ambulatoriale, relative ai primi nove mesi del 2015.

Tab. 1: Dimissioni 2014 e 2015, per tipo di ricovero

	gennaio-settembre									gennaio-dicembre	
	Day Hospital			Ordinari			TOTALI			TOTALI	
	2014	2015	Δ % 2014/2015	2014	2015	Δ % 2014/2015	2014	2015	Δ % 2014/2015	2014	proiezione e 2015 ¹
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	3.332	3.068	-7,92%	5.290	5.367	1,46%	8.622	8.435	-2,17%	11.908	11.650
Area											
Pediatria	1.686	1.611	-4,45%	2.096	2.118	1,05%	3.782	3.729	-1,40%	5.377	5.302
Chirurgia (età pediatrica)	814	869	6,76%	971	1.084	11,64%	1.785	1.953	9,41%	2.450	2.681
Ostetricia Ginecologia	832	588	-29,33%	2.218	2.158	-2,71%	3.050	2.746	-9,97%	4.074	3.668
Strutture complesse											
SC Neonatologia - TIN	40	40	0,00%	206	196	-4,85%	246	236	-4,07%	321	308
SC Neonatologia - Nido				1.051	993	-5,52%	1.051	993	-5,52%	1.441	1.361
SC Pediatria d'Urgenza				54	24	-55,56%	54	24	-55,56%	67	30
SC Neuropsichiatria Infantile	167	129	-22,75%	134	168	25,37%	301	297	-1,33%	439	433
UCO Clinica Pediatrica	1.035	1.019	-1,55%	476	544	14,29%	1.511	1.563	3,44%	2.257	2.335
SS Gastroenterologia	274	210	-23,36%				274	210	-23,36%	365	280
SC Oncoematologia e trapianti	170	213	25,29%	175	193	10,29%	345	406	17,68%	487	573
SC Chirurgia pediatrica	245	238	-2,86%	307	298	-2,93%	552	536	-2,90%	725	704
SC Audio ORL	256	229	-10,55%	209	264	26,32%	465	493	6,02%	628	666
SC Odontostomatologia	112	132	17,86%	28	10	-64,29%	140	142	1,43%	176	179
SC Ortopedia	127	186	46,46%	332	383	15,36%	459	569	23,97%	653	809
SC Oculistica	74	84	13,51%	95	129	35,79%	169	213	26,04%	268	338
Ostetricia	67	46	-31,34%	1.477	1.395	-5,55%	1.544	1.441	-6,67%	2.127	1.985
Ginecologia	440	426	-3,18%	741	763	2,97%	1.181	1.189	0,68%	1.515	1.525
SSD PMA	325	116	-64,31%				325	116	-64,31%	432	154
SC Anestesia e Rianimazione				5	7	40,00%	5	7	40,00%	7	10

Fonte dati: SISSR

¹ tot 2014*(1+Δ %)

Data estrazione: 26/11/2015

Dati aggiornati a: 17/11/2015

Tab. 2: ATTRAZIONE - Dimissioni totali (DH+RO) gennaio - settembre 2015, per provenienza e struttura

	AAS 1		AAS 2		AAS 3		AAS 4		AAS 5		altre aziende FVG		FVG totale		Extraregione		Stanieri		TOT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totale IRCCS BURLO GARO	4.580	54,30%	1.072	295	442	521	2.330	27,62%	6.910	81,92%	1.292	15,32%	233	2,76%	8.435	100,00%				
Area																				
Pediatria	1.800	0	510	162	214	276	1.162	0	2.962	79,43%	639	17,14%	128	3,43%	3.729	100,00%				
Chirurgia (età pediatrica)	498	0	350	114	182	204	850	0	1.348	69,02%	575	29,44%	30	1,54%	1.953	100,00%				
Ostetricia Ginecologia	2.277	1	212	18	46	41	317	0	2.594	94,46%	78	2,84%	74	2,69%	2.746	100,00%				
Strutture complesse																				
SC Neonatologia - TIN	135	1	54	9	9	27	99	0	234	99,15%	1	0,42%	1	0,42%	236	100,00%				
SC Neonatologia - Nido	912	1	54	1	5	4	64	0	976	98,29%	8	0,81%	9	0,91%	993	100,00%				
SC Pediatria d'Urgenza	19	1	3	1			4	0	23	95,83%	1	4,17%	0	0,00%	24	100,00%				
SC Neuropsichiatria Infantile	123	0	59	8	12	46	125	0	248	83,50%	45	15,15%	4	1,35%	297	100,00%				
UCO Clinica Pediatrica	476	0	254	100	90	141	585	0	1.061	67,88%	473	30,26%	29	1,86%	1.563	100,00%				
SS Gastroenterologia	30	0	31	8	18	26	83	0	113	53,81%	94	44,76%	3	1,43%	210	100,00%				
SC Oncoematologia e trapianti	105	0	55	35	80	32	202	0	307	75,62%	17	4,19%	82	20,20%	406	100,00%				
SC Chirurgia pediatrica	148	0	110	33	52	68	263	0	411	76,68%	115	21,46%	10	1,87%	536	100,00%				
SC Audio ORL	151	0	74	28	56	52	210	0	361	73,23%	124	25,15%	8	1,62%	493	100,00%				
SC Odontostomatologia	60	0	38	10	12	7	67	0	127	89,44%	13	9,15%	2	1,41%	142	100,00%				
SC Ortopedia	99	0	96	17	33	50	196	0	295	51,85%	267	46,92%	7	1,23%	569	100,00%				
SC Oculistica	40	0	32	26	29	27	114	1	154	72,30%	56	26,29%	3	1,41%	213	100,00%				
Ostetricia	1.218	1	118	3	10	25	156	0	1.374	95,35%	25	1,73%	42	2,91%	1.441	100,00%				
Ginecologia	1.019	1	63	6	14	10	93	0	1.112	93,52%	45	3,78%	32	2,69%	1.189	100,00%				
SSD PMA	40	0	31	9	22	6	68	1	108	93,10%	8	6,90%	0	0,00%	116	100,00%				
SC Anestesia e Rianimazione	5	1		1			1	0	6	85,71%	0	0,00%	1	14,29%	7	100,00%				

Fonte dati: SISSR

Data estrazione: 26/11/2015

Dati aggiornati a: 17/11/2015

NB: i dati 2015 non sono definitivi - potranno variare in positivo a seguito dell'inserimento delle SDO non ancora inserite

Tab. 3: Prestazioni ambulatoriali: attrazione gennaio-settembre 2014-2015 (con annuale 2014)

	TOTALI					
	gen-set 2014	gen-set 2015	Δ % 2014/2015	anno 2014	proiez. 2015	Δ % 2014/ proiezione 2015
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	192.255	174.376	-9,30%	248.837	225.696	-9,30%
TOTALE DIPARTIMENTO PEDIATRIA	48.615	46.350	-4,66%	65.942	62.891	-4,63%
TOTALE DIPARTIMENTO MATERNO- INFANTILE	27.294	25.010	-8,37%	36.150	33.129	-8,36%
TOTALE DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA AVANZATA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	116.346	103.016	-11,46%	152.332	134.949	-11,41%
Dipartimento di Pediatria						
S.C. Audiologia ORL	7.413	7.882	6,33%	9.897	10.523	6,33%
S.C. Chirurgia ed urologia pediatrica	1.818	1.805	-0,72%	2.436	2.419	-0,72%
S.C. Neuropsichiatria infantile	5.524	4.813	-12,87%	7.252	6.319	-12,87%
S.C. Oculistica e strabologia	5.779	5.361	-7,23%	7.803	7.239	-7,23%
S.C. Odontostomatologia pediatrica	2.029	1.968	-3,01%	2.862	2.776	-3,01%
S.C. Oncoematologia pediatrica	548	511	-6,75%	757	706	-6,75%
S.C. Ortopedia pediatrica	13.273	12.854	-3,16%	18.521	17.936	-3,16%
S.C. Pediatria d'urgenza e pronto soccorso pediatrico	58	37	-36,21%	64	41	-36,21%
S.S. DPT Cardiologia	2.671	2.331	-12,73%	3.714	3.241	-12,73%
UCO Clinica Pediatrica	8.214	7.539	-8,22%	10.933	10.040	-8,17%
S.S. Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.288	1.249	-3,03%	1.703	1.651	-3,03%
Dipartimento Materno - neonatale						
S.C. Neonatologia e terapia intensiva neonatale	1.089	610	-43,99%	1.459	817	-43,99%
S.S. DPT Diagnostica ecografica prenatale e ginecologica	7.618	7.336	-3,70%	10.020	9.649	-3,70%
S.S. DPT Procreazione medicalmente assistita	5.764	4.635	-19,59%	7.573	6.090	-19,59%
U.C.O. Clinica ostetrica e ginecologica - S.C. Patologia ostetrica	12.823	12.429	-3,07%	17.098	16.573	-3,07%
Dipartimento di Diagnostica avanzata e Sperimentazioni Cliniche						
S.C. Genetica medica	4.697	3.720	-20,80%	5.941	4.705	-20,80%
S.C. Microbiologia	7.723	4.960	-35,78%	10.297	6.613	-35,78%
S.C. Radiologia ad indirizzo pediatrico	5.771	5.151	-10,74%	7.761	6.927	-10,74%
S.S. DPT Immunopatologia e terapia cellulare	10.650	9.860	-7,42%	13.745	12.725	-7,42%
S.S. DPT Immunopatologia e terapia cellulare	58.014	50.520	-12,92%	75.012	65.322	-12,92%
S.S. DPT Virologia e Sierologia Infettivologica	29.491	28.805	-2,33%	39.576	38.655	-2,33%

Fonte dati: Cup Regionale

Contesto esterno del SSR ed i rapporti con EGAS

Per quanto concerne invece gli aspetti trattati nel presente piano, si fa presente che la summenzionata legge di riordino del SSR (LR 17/2014), al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Regionale ha previsto l'istituzione, a decorrere dal 1 gennaio 2015, dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS), con funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi e all'attività amministrativa standardizzata inerente il personale. Il nostro Istituto si avvale costantemente dell'attività dell'EGAS e ricorre anche alla Centrale di Committenza Nazionale (Consip e acquisti tramite Mercato Elettronico). Si tenga presente che, considerando gli ultimi dati consuntivi disponibili alla data di adozione del presente piano e cioè quelli relativi al 2014, la percentuale di acquisti centralizzati è pari al 73% del totale degli acquisti di beni e servizi effettuati dall'Istituto. Ne deriva che gran parte dell'attività collegata ad una delle aree maggiormente a rischio, e cioè quella relativa alla scelta del contraente nell'ambito delle acquisizioni di beni e servizi è solo parzialmente in capo all'Istituto. Rimangono invece in capo all'IRCCS le fasi di programmazione, esecuzione e verifica del contratto sulle quali concentrerà l'analisi del 2016, corredata anche da eventi formativi rivolti al personale operante nelle aree a rischio, così come meglio descritto al punto 8.

Inoltre, anche per il corrente anno viene riconfermata la logica del sistema di gestione della qualità in essere presso l'Istituto. La certificazione di qualità della Direzione amministrativa in particolare (Certificato CISQ n. 7889 del 12.12.2013 e Certificato IQNet n. IT 38050 del 12.12.2013 a valenza internazionale; circa 70 procedure amministrative e cinque Strutture complesse certificate) risponde alla volontà di qualificare il sistema di qualità come strumento di gestione della Direzione e costituisce una garanzia del rispetto dei principi di legalità, trasparenza, imparzialità, buon andamento e semplificazione dell'azione amministrativa.

3. Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione

Sono soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale (di seguito soggetti coinvolti) e, pertanto, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano di prevenzione della corruzione e all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate:

il Direttore Generale

il Responsabile della prevenzione della corruzione

tutti i Dirigenti responsabili di SC o SSDPT per i processi di attività di competenza

i Referenti per la prevenzione

il Gruppo di lavoro multidisciplinare per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale

l'Organismo indipendente di valutazione

l'Ufficio Attività Disciplinari

i Collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto.

Il Direttore Generale, avuto riguardo alle disposizioni di cui al D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, salva diversa indicazione da parte degli organi competenti, svolge le funzioni che la norma attribuisce all'organo di indirizzo politico delle pubbliche amministrazioni, e, pertanto:

-individua il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;

-adotta, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale di prevenzione della corruzione, di cui il programma triennale della trasparenza e integrità è parte integrante, sentito il Consiglio di Indirizzo e Verifica, così come previsto in sede di intesa tra Governo, Regioni e Enti Locali siglata in data 24 luglio 2013, per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61 della L. 6 novembre 2012 n. 190;

-garantisce, al Responsabile della prevenzione della corruzione, un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (di seguito Responsabile) è nominato dal Direttore Generale, di norma scelto tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, con criterio di rotazione. Il relativo nominativo è comunicato all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Competono al Responsabile le funzioni di seguito indicate, da svolgersi in stretta e costante collaborazione con gli altri soggetti aziendali coinvolti di cui al presente articolo:

-elaborare la proposta di piano triennale di prevenzione della corruzione, che viene

sottoposta al direttore generale per l'adozione entro il 31 gennaio di ogni anno ;

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

-verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità;

-proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;

-verificare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici o strutture preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

-individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;

-pubblicare, entro i termini stabiliti dall'ANAC, sul sito web aziendale, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la sua trasmissione al direttore generale;

-monitorare il rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti da parte degli uffici e delle strutture aziendali;

-monitorare i rapporti instaurati tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco;

-garantire massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione il Responsabile può, in qualsiasi momento, richiedere al personale a qualunque titolo operante in Azienda di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che hanno sotteso alle scelte effettuate relativamente ai procedimenti e/o processi di competenza.

Il Responsabile può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo

potenzialmente corruzione e illegalità.

Il Responsabile accerta, altresì, che a tutti i dipendenti nonché al personale convenzionato venga consegnata, a cura della struttura competente, copia del codice di comportamento – adottato con decreto del Direttore Generale n. 73/2014 - e del Piano della prevenzione della corruzione.

I Dirigenti aziendali responsabili di SC e di SSDPT, ai quali compete, per i processi di attività di competenza: diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;

- individuare i processi di lavoro ed i dipendenti maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- partecipare all'elaborazione del piano fornendo attiva collaborazione al Responsabile nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volti a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra diversa disciplina, e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza almeno trimestrale, con l'obbligo di segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione eventuali scostamenti o anomalie riscontrati;
- monitorare i rapporti instaurati, in virtù dei contratti stipulati, dall'Istituto con soggetti terzi anche attraverso la verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti i soggetti terzi e i dirigenti/dipendenti dell'Istituto, anche attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori, con l'obbligo di segnalare al Responsabile eventuali scostamenti o anomalie riscontrati;
- garantire massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e

contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della struttura di competenza;

- individuare il personale più esposto a rischio corruttivo da inserire nei percorsi di formazione avanzata sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile, pianificando modalità di socializzazione delle conoscenze/competenze acquisite.
- verificare, d'intesa con il Responsabile, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività che sono a più elevato rischio.

I Dirigenti aziendali si adoperano per:

- l'attivazione effettiva della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, di cui all'art. 1, c. 51 della L. 190/12 e dell'art. 19, c. 5 della L. 114/14, con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- l'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 44 della L. 190/12, del codice di comportamento istituzionale adottato con Decreto del Direttore Generale n. 73/14, nonché delle prescrizioni contenute nel piano;
- l'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel piano;
- l'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (di cui all'art. 1, c. 49 e 50 della L. 190/12), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'articolo 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001);
- l'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della legge n. 190/12, anche attraverso il corretto uso della nuova modulistica;
- l'adozione delle misure in materia di trasparenza previste dall'art. 18 del D.L. n. 83/2013 e dalle altre disposizioni vigenti.

I Referenti per la prevenzione sono individuati dal Responsabile tra i responsabili dei centri di

risorsa, così come definiti annualmente con Decreto del DG. Possono essere inoltre identificati anche fra il personale che già svolge un ruolo nel sistema di gestione della qualità e nei processi di auditing.

I *Referenti* per la Prevenzione collaborano con il Responsabile per svolgere attività informativa e di supporto:

- fornendo elementi e riscontri sull'organizzazione aziendale per la mappatura e valutazione delle aree a rischio;
- per la definizione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione da applicare in ambito aziendale;
- per la realizzazione di un costante monitoraggio sull'attività svolta, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale.

Ad essi compete inoltre:

- fornire valutazioni su singoli sistemi, processi, progetti, prodotti o procedure previsti dal piano quali meccanismi idonei a prevenire il rischio di corruzione dalla fase di predisposizione del Piano fino all'attuazione, alle modifiche di adeguamento, all'osservanza nell'ambito della propria Struttura.

Il *Gruppo di lavoro multidisciplinare* per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale è nominato e coordinato dal Responsabile e opera a supporto dello stesso nell'attività d'identificazione, analisi e ponderazione dei rischi, di sistematizzazione dei risultati e di individuazione e applicazione delle misure di prevenzione adottate. E' composto da:

- il Responsabile della SC Affari Generali e Legali o suo delegato
- il Responsabile della Trasparenza, qualora non coincidente con il RPC
- il Responsabile del SC Politiche e gestione del Personale o suo delegato
- il Responsabile dell'ufficio qualità aziendale o suo delegato
- il Responsabile dell'ufficio formazione o suo delegato

Il gruppo potrà avvalersi di professionisti interni con riferimento alle specifiche tematiche trattate.

L' Organismo indipendente di valutazione:

- partecipa al processo di gestione del rischio, valuta le azioni inerenti la prevenzione della corruzione poste in essere dall'Istituto nonché il coordinamento tra il PTPC e gli obiettivi di *performance* assegnati;
- svolge i compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Istituto in ossequio all'art. 54, c. 5, D.Lgs. n. 165/01.

L'Ufficio Attività Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. n. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3/1957; art.1, comma 3, L.20/1994; art. 331 C.P.P.);
- può proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel piano (art. 1, comma 14, della L. 190/2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente, oppure all'Ufficio Attività Disciplinari, oppure secondo le modalità previste dalla Procedura "Gestione delle segnalazioni di possibili condotte illecite e relative forme di tutela" che verrà adottata e divulgata entro il 29/02/2016 e sarà reperibile sul sito internet nella Sezione Amministrazione Trasparente/ Altri contenuti/ corruzione;
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. 241/90; artt. 6 e 7 del Codice di comportamento istituzionale – decreto del Direttore Generale IRCCS n. 73/14 -).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto:

- osservano le misure contenute nel piano;
- segnalano le situazioni di illecito,anche secondo le modalità previste dalla Procedura "Gestione delle segnalazioni di possibili condotte illecite e relative forme di tutela" che verrà adottata e divulgata entro il 29/02/2016 e sarà reperibile sul sito internet nella Sezione

Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ corruzione, in quanto l'IRCCS ha ritenuto di estendere la normativa che prevede la tutela del dipendente che segnala illeciti, anche ai propri collaboratori.

4. Gestione del rischio e criteri di identificazione e valutazione del grado di rischio

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del presente piano, è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Ai fini della valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici e delle strutture aziendali al rischio di corruzione e della conseguente definizione delle priorità e tipologia di intervento organizzativo da realizzare, pur con adattamento allo specifico contesto aziendale, si tiene conto dei parametri suggeriti all'allegato 5 del Piano nazionale anticorruzione, secondo la scheda allegata al presente Piano (Allegato 2 TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO). Il punteggio ottenuto consente successivamente l'attribuzione del rischio secondo la scala di valutazione sotto riportata.

Scala di valutazione:

Punteggio ≤ 3 = Rischio accettabile

$3 < \text{Punteggio} \leq 6$ = Rischio basso

$6 < \text{Punteggio} \leq 14$ = Rischio rilevante

$14 < \text{Punteggio} \leq 25$ = Rischio alto

5. Attività aziendali a più elevato rischio di corruzione e registro dei rischi

L'analisi organizzativa dei processi aziendali effettuata nel corso del 2015 dal Responsabile in collaborazione con i soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione ha determinato un aggiornamento delle attività/processi di cui all'art. 3 del precedente piano 2014-2016. Tale aggiornamento ha comportato la conferma o l'inserimento di alcune delle attività precedentemente non mappate, in particolare sono state introdotte le attività svolte dalla SC Servizio Economico Finanziario e dalla SC Servizio Tecnico edile impiantistico. Si è conseguentemente pervenuti alla definizione del nuovo elenco di attività, allegato al presente piano, e corredato dalle misure di prevenzione del rischio individuate nel

corso del 2015, dai Responsabili in collaborazione con il RPC (ALLEGATO 3 REGISTRO DEI RISCHI 2016). Il Registro dei rischi rappresenta lo strumento attraverso il quale l'IRCCS monitora in corso d'anno le attività a rischio, prevedendo contestualmente le azioni per contenerlo e la relativa tempistica di realizzazione. La ponderazione del rischio risente della difficoltà di adattare la *Tabella di valutazione del rischio* alle diverse attività analizzate. La valutazione è stata effettuata dai diversi responsabili: si è ritenuto di mantenere il valore indicato anche se sottostimato, prevedendo comunque idonee misure di prevenzione del rischio. In corso d'anno il RPC potrà chiedere ai diversi responsabili di effettuare una nuova valutazione del rischio con adattamento allo specifico contesto aziendale.

Nel corso del 2016 si procederà ad estendere ulteriormente la mappatura dei processi, con la relativa valutazione del rischio per ciascun processo, e con l'individuazione delle misure idonee a prevenirlo. Per l'analisi verranno prese come punto di riferimento le aree definite dall'Aggiornamento del PNA, sia quelle generali (contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio) e ai rischi specifici del settore sanitario (attività libero-professionale e liste di attesa; rapporti contrattuali con privati accreditati; ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni nell'ambito di farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie).

In particolare verranno analizzate le attività svolte dalla Direzione Scientifica e le attività collegate alle Sperimentazioni cliniche.

Il Responsabile inoltre, attraverso la rete costituita dai Referenti e attraverso il Gruppo Multidisciplinare, procederà nel triennio 2016-2018 al costante aggiornamento delle procedure/protocolli/linee di attività dell'Istituto in modo da completare la mappatura dei processi svolti, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio.

Come già specificato, sono escluse dalle previsioni del presente piano, tutte le attività per cui l'Istituto, al pari delle altre Aziende del SSR, si avvale, ai sensi della L.R. 16.10.2014, n.17, dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi di Udine.

6. Meccanismi idonei a prevenire il rischio di corruzione e relative modalità di controllo

Per meccanismi idonei a prevenire il rischio di corruzione si intende qualunque attività o atto finalizzato a prevenire la commissione di un abuso del potere affidato ad un dipendente o

collaboratore o soggetto convenzionato operante nell'ambito dell'Istituto per l'esercizio delle proprie funzioni al fine di ottenere vantaggi privati, suscettibile di determinare un malfunzionamento dell'amministrazione.

Al riguardo l'Istituto conferma il costante approccio per processi, l'applicazione e l'eventuale revisione, ove necessaria, di procedure/protocolli/regolamenti che costituiscono strumenti ai fini del monitoraggio delle attività a rischio e della conseguente adozione di misure di intervento. Tali modalità risultano proprie del sistema di gestione della qualità già in essere presso l'Istituto, dunque conformi alla cultura aziendale, inoltre sono suscettibili di documentare con relativa oggettività lo scostamento eventuale dei comportamenti reali da quelli standard prefissati, di individuare con maggiore facilità il rischio di situazioni di deviazione dalle regole di correttezza, eticità e legalità, infine di consentire, in relazione agli esiti degli auditing effettuati, la formulazione rapida di piani di adeguamento.

Si riconferma, anche per il periodo 2016-2018, la logica del sistema di gestione della qualità in essere presso l'Istituto.

Si ribadisce che l'approccio ISO 9001:2008 pone come obiettivo della Direzione Amministrativa e di tutte le Strutture Complesse che vi afferiscono la tensione al miglioramento continuo delle attività complessive che dovrebbe diventare un obiettivo permanente dell'organizzazione.

Nel corso del 2016, così come esplicitato nell'allegato 3, verranno poste in essere le misure di riduzione del rischio individuate e verrà contestualmente verificata, tramite lo strumento dell'audit, la costante applicazione delle misure già individuate ed applicate.

7. Coordinamento tra il PTPC e il Piano della Performance

Il PTPC è elaborato in collegamento con gli altri obiettivi ed indirizzi espressi nella programmazione aziendale, in modo particolare con il Piano Attuativo Ospedaliero (decreto DG n. 134 dd 30/12/2015), nel quale si precisa che una delle priorità di intervento individuate dalla Direzione Strategica è quella di "definire un sistema di regole per migliorare la sicurezza e l'efficacia della gestione".

E' necessario coniugare nella gestione dei processi, sia le performance sia i rischi, che devono essere governati in modo congiunto. E' pertanto intendimento della Direzione definire un

sistema di risk management aziendale, che preveda, tra gli altri, lo sviluppo di un sistema di controllo interno a presidio soprattutto del rischio amministrativo presente nei processi e nei processi afferenti alla Direzione scientifica. Per sviluppare e radicare il controllo interno, è necessario adottare un approccio sistemico supportato da soggetto esterno intervenendo prioritariamente sulle modalità di scelta per le collaborazioni, sui criteri di scelta delle risorse umane da destinare ai singoli progetti di ricerca sulla programmazione ed i criteri di scelta dei materiali di consumo.

Pertanto per l'anno 2016 l'Istituto si pone i seguenti obiettivi:

- 1) completare la mappatura dei processi svolti, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio;
- 2) attuare le misure di riduzione del rischio per le varie attività individuate, così come dettagliatamente descritto nell'Allegato 3 - Registro dei rischi 2016;
- 3) definire per la Direzione Scientifica:
 - linee strategiche ed operative riguardanti le modalità di scelta per le collaborazioni scientifiche con enti/istituzioni esterne (entro il 31/12/2016);
 - criteri di scelta per l'attribuzione di risorse umane (contratti di collaborazione e borse di studio) ai singoli progetti di ricerca (entro il 31/12/2016);
 - un gruppo di lavoro per predisporre la programmazione ed i criteri di scelta del materiale di consumo (entro il 30/6/2016).

Tali obiettivi saranno assegnati alle strutture individuate in sede di negoziazione di budget 2016 affinché vi sia un'evidente coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale e l'attuazione delle misure anticorruzione.

8. Meccanismi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione

La diffusione delle procedure e degli esiti dei monitoraggi condotti circa la congruenza dei comportamenti agiti costituiranno sistematica opportunità di confronto e di apprendimento organizzativo in seno alle singole strutture o trasversalmente alle stesse favorendo lo sviluppo di una cultura incentrata sulla trasparenza e sulla legalità.

L'Istituto prevede annualmente eventi formativi rivolti a tutto il personale, da realizzarsi in sede, dedicati ai temi della trasparenza, dell'etica e della legalità, che saranno organizzati

anche in collaborazione con altri enti o istituzioni.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività identificata come a più elevato rischio di corruzione dovranno partecipare ad un programma formativo specifico sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il programma annuale della formazione dovrà pertanto prevedere l'offerta di tali percorsi, definiti d'intesa con la struttura deputata alla formazione.

In sede di rilevazione del fabbisogno formativo dovranno essere identificati dai responsabili delle strutture il personale destinatario della formazione e le relative specifiche necessità. I medesimi responsabili sono tenuti successivamente a monitorare ed assicurare la partecipazione agli eventi formativi dei dipendenti interessati.

I programmi di formazione approfondiscono le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione e in particolare i contenuti della legge 190/2012 unitamente agli aspetti etici dell'attività oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare non soltanto la corruzione ma anche i fenomeni di cattiva amministrazione.

I responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa organizzano, presso le rispettive strutture/servizi/uffici, incontri informativi e formativi nel corso dei quali vengono approfondite le tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione, finalizzati alla costante verifica ed aggiornamento dei processi ed attività a rischio.

9. Programma triennale di trasparenza e integrità

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018, di cui all'allegato 1 costituisce parte integrante del presente Piano.

10. Codice di comportamento aziendale

In ossequio al DPR n. 62/13 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/01", è stato adottato all'interno dell'Istituto, con Decreto del Direttore Generale n. 73/14 dd. 11/08/2014 il Codice di comportamento che, rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Compete al Responsabile garantirne la massima diffusione e

conoscenza.

Il Codice di comportamento verrà integrato e/o modificato, su proposta dei Referenti al Responsabile, ogni qualvolta si presenti la necessità di renderlo più coerente e conforme al presente Piano.

11. Rotazione degli incarichi

In attesa della definizione dei criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti e comparto da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell'art. 1, c. 4 della L. 190/2012, il dirigente competente alla nomina valuta, con il supporto del Responsabile e del Responsabile della S.C. Politiche e Gestione del Personale, le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione.

Nei casi in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto, dell'effettiva forza del personale presente e in considerazione della competenza professionale del personale, e non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

I responsabili dei centri di attività e di risorsa procedono in ogni caso alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

12. Obbligo di astensione

Tutti i dipendenti, in caso di conflitto di interessi, dovranno astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del Codice di comportamento dei dipendenti, dal prendere decisioni o parteciparvi, ovvero svolgere attività, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

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

Il dipendente deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

L'astensione va comunicata al responsabile della struttura in forma scritta con indicazione delle relative ragioni. Il responsabile esprime in forma analoga le proprie valutazioni e conclusioni. La documentazione relativa ai casi di astensione è allegata agli atti del procedimento/procedura ed è protocollata con specifica codifica.

13. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

L'Istituto, in attuazione di quanto disposto con la determinazione ANAC n. 149/2014, garantisce un adeguato sistema di verifica dell'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dell'Istituto ai sensi del D.lgs. n. 39/13. A tal fine viene richiesta, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39 del 2013, al momento del conferimento di un incarico, annualmente in costanza dello stesso, una dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato e allegata all'atto di conferimento dell'incarico e pubblicata sul sito istituzionale dell'Istituto. La dichiarazione annuale va resa entro il mese di aprile e tempestivamente ogni qualvolta vi sia un'evoluzione fattuale rispetto a quanto precedentemente dichiarato.

La S.C. Politiche e Gestione del Personale procede periodicamente ad effettuare la verifica di quanto dichiarato e procede, in caso di anomalie, a contestare all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto, segnalando un tanto al Responsabile proponendo le misure conseguenti. Il Responsabile, con la collaborazione della predetta S.C., vigila sulla corretta applicazione del sistema di verifica sulle cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi, anche contestando direttamente eventuali situazioni di cui

venga a conoscenza e procede ad effettuare le segnalazioni dovute agli organismi ed autorità competenti.

14. Disciplina degli incarichi e delle attività non consentite ai dipendenti (extraimpiego)

L'Istituto nel corso del 2015 ha aggiornato la relativa modulistica di richiesta autorizzazione/comunicazione; inoltre al fine di garantire un adeguato sistema di verifica, verrà data applicazione nel corso del 2016 al Regolamento interno contenente i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-impiego di cui all'art. 53 comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, già predisposto nel 2015. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione ai fini del conferimento dell'autorizzazione, le fattispecie soggette solo a comunicazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, l'apparato sanzionatorio e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione rispetto a quanto innovato dalla L. 190/12.

15. Attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di lavoro e patti di integrità

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. n. 165 del 2001, l'Istituto aggiornerà gli schemi tipo dei contratti di assunzione del personale mediante l'inserimento della clausola recante il divieto di prestare attività lavorativa sia a titolo di lavoro subordinato sia a titolo di lavoro autonomo per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari dei provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Inoltre l'Istituto, per le attività di acquisizione quale stazione appaltante, richiede a tutte le ditte partecipanti alle procedure di gara una dichiarazione, resa nelle forme di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, attestante l'impegno a fornire i nominativi dei titolari di cariche, dei soci e del proprio personale per il controllo di cui all'art. 1 comma 9, punto e) della Legge 190/2012. E' altresì richiesta la dichiarazione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi a soggetti, ex dipendenti dell'IRCCS Burlo Garofolo, che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali (in qualità di dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento, ecc.) relativamente

all'oggetto della procedura di gara, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ente.

16. Disciplina per la partecipazione a commissioni interne per la selezione del personale e scelta del contraente

Le strutture competenti all'espletamento delle procedure concorsuali sono tenute ad acquisire la dichiarazione di autocertificazione da parte dei componenti delle commissioni di concorso, di selezione per incarichi dirigenziali o di altri incarichi ovvero di commissioni di gara per la scelta del contraente sull'insussistenza di cause di conflitto di interesse o di incompatibilità previste dalla normativa nel tempo vigente.

Costituisce inoltre ulteriore misura di prevenzione della corruzione, la rotazione nella partecipazione alle commissioni per la selezione del personale e per la valutazione delle offerte nelle gare di acquisti di beni, servizi e lavori. Pertanto i responsabili delle relative S.C. verificano che nella costituzione delle suddette commissioni i nominativi dei componenti delle commissioni siano costantemente cambiati e segnalano eventuali difformità rispetto al suddetto principio.

Delle rotazioni viene dato atto nelle relazioni al Responsabile.

17. Ulteriori misure di prevenzione della corruzione

Di seguito si individuano, rispetto a quanto già indicato, le ulteriori misure amministrative, organizzative e gestionali volte a garantire l'attuazione di una efficace strategia di prevenzione e contrasto della corruzione e, in generale dell'illegalità:

- collaborazione tra dirigenti, Responsabile, Referenti, Responsabile S.C. Politiche e Gestione del Personale e Ufficio competente in materia di procedimenti disciplinari nel vigilare sull'osservanza da parte di tutti i dipendenti, dei doveri contenuti nel Codice di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel presente Piano e nelle circolari, linee guida, istruzioni operative e direttive aziendali;
- adozione di procedure che regolamentino i rapporti tra dirigenti/dipendenti e titolari delle Ditte/loro consulenti, tali da non generare situazioni reali o potenziali a rischio di corruzione.

18. Processo di partecipazione dei portatori di interesse

La pubblicazione dei dati e delle informazioni nel sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione trasparente” ed il loro regolare aggiornamento, rappresenta la più efficace e diretta modalità per promuovere e realizzare gli obiettivi del presente Piano.

Analogamente, gli spazi intranet di comunicazione interna, rivolti a tutto il personale in servizio nell’Istituto, dovranno adeguarsi sia per l’ampiezza delle informazioni sia per la facilità di consultazione, al fine di testimoniare la volontà dell’Istituto di tenere conto di tutti i possibili portatori di interesse.

Il presente Piano è partecipato a tutto il personale dell’Istituto. A tale fine si provvederà a pubblicare lo stesso sul sito internet istituzionale e sulla rete intranet nonché a farne oggetto di incontri informativi all’interno delle strutture.

Per garantire un adeguato livello di trasparenza e di sviluppo della cultura dell’integrità, l’Istituto provvederà a sviluppare iniziative quali attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

19. Fasi e tempi del processo di programmazione triennale

Nell’ottica di progressivo sviluppo ed implementazione del processo di programmazione ed attuazione delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l’Istituto si impegna a rispettare, nell’arco del triennio 2016-2018, le cadenze temporali di seguito indicate:

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
31.01.2016	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017	Direttore Generale su proposta Responsabile
29.02.2016	Divulgazione a tutto il personale del PTPC e della procedura “Gestione delle segnalazioni di possibili condotte illecite e relative forme di tutela”	Responsabile
In corso d’anno con scadenze predefinite nell’allegato 3	Attività previste nell’allegato 3 “Registro dei rischi”	Responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti e con i relatori per le procedure e/o attività competenti
30.06.2016	Definizione di un gruppo di lavoro per la programmazione e i criteri di scelta del	Direzione Scientifica

	materiale di consumo	
31.10.2016	Proposta piano annuale 2017 formazione su attività a rischio	Responsabile in collaborazione con Ufficio formazione
30.11.2016	Completamento della mappatura dei processi svolti, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio	Responsabile in collaborazione con il Gruppo multidisciplinare e i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti
31.12.2016	1) Definizione delle linee strategiche e operative riguardanti le modalità di scelta per le collaborazioni scientifiche con enti/istituzioni esterne 2) Definizione dei criteri di scelta per l'attribuzione di risorse umane (contratti di collaborazione e borse di studio) ai singoli progetti di ricerca	Direzione Scientifica
31.12.2016	Monitoraggio finale dell'applicazione delle misure di prevenzione per ciascuna delle procedure/protocolli/linee di attività individuate a rischio, come da registro dei rischi 2016	Responsabile in collaborazione con i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti e con i relatori per le procedure e/o attività competenti
31.12.2016 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito web aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale	Responsabile
15.01.2017	Predisposizione del registro dei rischi 2017, a seguito dal completamento della mappatura dei processi	Responsabile in collaborazione con il Gruppo multidisciplinare e i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti
31.01.2017	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019	Direttore Generale su proposta Responsabile
28.02.2017	Divulgazione a tutto il personale del PTPC	Responsabile
31.10.2017	Proposta piano annuale 2018 formazione su attività a rischio	Responsabile in collaborazione con Ufficio formazione
31.12.2017	Monitoraggio finale dell'applicazione delle misure di prevenzione per ciascuna delle procedure/protocolli/linee di attività individuate a rischio, come da Registro dei rischi 2017	Responsabile in collaborazione con i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti e con i relatori per le procedure e/o procedimenti competenti

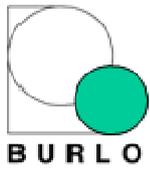
31.12.2017 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito web aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale	Responsabile
15.01.2018	Predisposizione del registro dei rischi 2018	Responsabile in collaborazione con il Gruppo multidisciplinare e i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti
31.01.2018	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020	Direttore Generale su proposta Responsabile
28.02.2018	Divulgazione a tutto il personale del PTPC	Responsabile
31.10.2018	Proposta piano annuale 2019 formazione su attività a rischio	Responsabile in collaborazione con Ufficio formazione
31.12.2018	Monitoraggio finale dell'applicazione delle misure di prevenzione per ciascuna delle procedure/protocolli/linee di attività individuate a rischio	Responsabile in collaborazione con i responsabili dei centri di attività e dei centri di risorsa competenti e con i relatori per le procedure e/o procedimenti competenti
31.12.2018 31.12.2017 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito web aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale	Responsabile

20. Aggiornamento del PTPC

Il presente Piano costituisce, di sua natura, un documento di carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti anche prima della naturale scadenza:

- in conseguenza dell'entrata in vigore di nuove norme o nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A. o di aggiornamento dello stesso;
- di mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
- in sede di autovalutazione dell'opportunità di revisioni e modifiche al Piano in base all'esperienza nel contrasto alla corruzione.

L'aggiornamento annuale è previsto entro il 31 gennaio (o diversa scadenza fissata dall'A.N.A.C). L'aggiornamento sarà soggetto alla stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPC.



Allegato 1

Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 -2018

Il documento è redatto da: *Riccardo Zangrando*

Il documento è verificato da: *Martina Vardabasso, Elisabetta Danielli*

Il documento è approvato da: *Gianluigi Scannapieco, Stefano Dorbolò*

Il documento è formalizzato con numero di protocollo: *(timbro)*

CONTENUTI

1 PAROLE CHIAVE

2 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

3 INDICE

4 PROCESSI E RUOLI

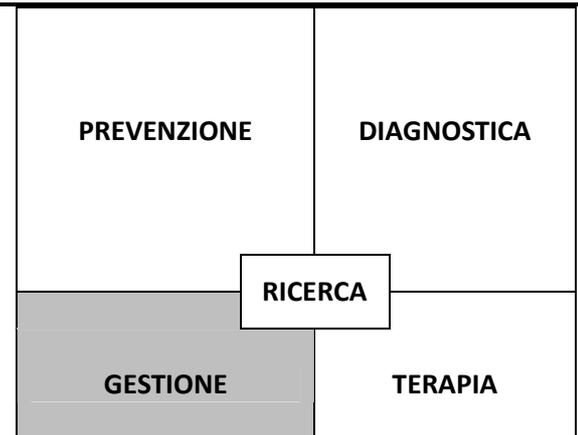
5 CONTROLLO E VERIFICA PER LA CORRETTA APPLICAZIONE

6 DEFINIZIONI

7 DOCUMENTAZIONE CORRELATA E RIFERIMENTI

8 CICLO DOCUMENTALE

ALLEGATI



1. PAROLE CHIAVE: trasparenza, obblighi, programma, ANAC, CIVIT, corruzione, adempimenti

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

2.1 Razionale e scopo

Il presente Programma, in applicazione al decreto legislativo di riordino del tema della trasparenza n. 33 del 14 marzo 2013 entrato in vigore il 20 aprile 2013, è redatto allo scopo di definire le modalità, la tempistica e gli strumenti che l'IRCCS Burlo Garofolo intende adottare:

- per assicurare, attraverso un adeguato livello di trasparenza, la conoscenza da parte dei cittadini e delle imprese dei servizi resi dalle amministrazioni pubbliche, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
- per garantire la legalità e lo sviluppo della cultura della integrità attraverso la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Tali obiettivi si instaurano in quelli più generali del sistema "Pubblica Amministrazione" che vengono perseguiti attraverso lo sviluppo del:

- Principio di trasparenza quale asse portante delle politiche di prevenzione della corruzione;
- Principio di accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività aziendale.

Il principale strumento che hanno a disposizione gli enti pubblici per consentire ai cittadini di verificare l'effettivo rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità della Pubblica amministrazione è costituito dalla pubblicità dei dati e delle informazioni relative. La trasparenza amministrativa rende possibile il coinvolgimento e la partecipazione di chiunque sia interessato all'azione svolta dalle pubbliche amministrazioni e consente a tutti i cittadini di esercitare il diritto di controllo sull'esercizio delle attività istituzionali e sulla gestione ed erogazione dei servizi pubblici.

2.2 Applicabilità

Le previsioni del presente programma e in ogni caso le prescrizioni in materia di trasparenza trovano applicazione rispetto a tutte le funzioni dell'IRCCS come di seguito precisato, nei confronti di tutto il personale dipendente nonché dei prestatori di lavoro che a qualunque titolo forniscono la loro opera. Trovano



**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA' 2016-2018**

PROGRAMMA

Codice identificazione file:

PROG_TRASP_01

Pagina 2 di 27

Rev. 01 del 25/01/2016

applicazione anche nei confronti dei soggetti componenti gli organismi istituzionali così come individuati dalla normativa in materia.

3. INDICE

2.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	1
2.1	Razionale e scopo	1
2.2	Applicabilità	1
3.	INDICE	3
4.	PROCESSO E RUOLI	4
4.1	Premessa: organizzazione e funzioni dell'IRCCS.....	4
4.2	Premessa: principi e visione	4
4.3	Attuazione del programma per la trasparenza.....	5
4.3.1	Responsabilità	5
4.3.2	Mappatura di procedimenti e processi per la trasparenza.....	6
4.3.3	Individuazione dei soggetti tenuti alla produzione dei dati oggetto di pubblicazione ai fini della trasparenza.....	6
4.3.4	Audit e azioni di promozione della trasparenza.....	7
4.4	Formazione	7
4.5	Gestione dei documenti propri del processo e tutela dei dati personali, sensibili e clinici.....	7
4.6	Prevenzione della corruzione	8
5.	CONTROLLO E VERIFICA PER LA CORRETTA APPLICAZIONE.....	8
5.1	Quesiti per la verifica della corretta conoscenza e applicazione	8
5.2	Indicatori di misurazione (con formula)	8
5.2.1	Indicatore n. 1.....	8
5.2.2	Indicatore n. 2.....	8
5.2.3	Indicatore n. 3.....	8
5.3	Verifica da parte di enti esterni	8
6.	DEFINIZIONI	9
6.1	Abbreviazioni ed acronimi	9
6.2	Definizioni e glossario	9
7.	DOCUMENTAZIONE CORRELATA E RIFERIMENTI	9
7.1	Allegati alla procedura	9
7.2	Riferimenti normativi.....	9
7.3	Requisiti rispetto ai programmi di accreditamento	10
7.3.1	Accreditamento istituzionale	10
7.3.2	Accreditamento all'eccellenza.....	10
7.3.3	Norme UNI EN ISO 9000 e altre norme UNI.....	10
8.	CICLO DOCUMENTALE	10
8.1	Collocazione documentale.....	10
8.2	Gruppo di lavoro – Prima emissione	11
8.3	Revisione, verifica ed approvazione e frequenza dell'aggiornamento	11
8.4	Distribuzione e accessibilità.....	11
8.5	Matrice delle revisioni	11
8.6	Obblighi di pubblicazione (Amministrazione trasparente).....	11
	ALLEGATO 1	12

4. PROCESSO E RUOLI

4.1 Premessa: organizzazione e funzioni dell'IRCCS

Così come specificato nel proprio Atto Aziendale *"Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno – infantile Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino"* ha sede legale in via dell'Istria 65/1 a Trieste, C.F. e P.I. 00124430323.

Il Burlo Garofolo è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla Legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, in attuazione del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 di riordino degli I.R.C.C.S. e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie. Il Burlo è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in data 10 dicembre 1968 ed è tuttora confermato in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali.

L'organizzazione è descritta analiticamente nell'Atto Aziendale adottato con Decreto n. 275 del 14.12.2011

4.2 Premessa: principi e visione

I principi ai quali si ispira l'Istituto nell'attività di ricerca e di erogazione di prestazioni assistenziali sono riportati nell'Atto Aziendale al punto 1.5 e qui di seguito ne viene riportato un estratto:

- la garanzia dell'equità e dell'universalità dell'accesso
- il rispetto della libertà delle scelte e dei diritti del cittadino
- la tutela della qualità della vita umana nelle sue diverse fasi, attraverso l'offerta di possibilità di scelta consapevoli e responsabili
- il rispetto delle pari opportunità nella selezione e valorizzazione del personale
- la responsabilità gestionale e clinica nei confronti della comunità
- la finalizzazione prioritaria delle attività di ricerca al miglioramento delle condizioni di salute della donna e del bambino

Il Burlo Garofolo promuove:

- la lealtà di tutti i membri dell'organizzazione verso la mission, i principi e gli obiettivi dell'Istituto e la collaborazione tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- la capacità dell'organizzazione di orientare modelli operativi focalizzati alle esigenze del cittadino;
- l'assunzione di responsabilità e l'autonomia della dirigenza e dei vari livelli operativi, al fine di valorizzare tutte le competenze e le risorse professionali disponibili per le finalità scientifiche e assistenziali dell'Istituto;
- la crescita professionale e personale dei dipendenti attraverso la formazione continua, per poter agire con appropriatezza, efficacia e competenza;
- il miglioramento continuo come condizione fondamentale per mantenere l'Istituto al passo con l'evoluzione rapida delle conoscenze, della tecnologia, dell'integrazione dei sistemi sanitari, delle crescenti aspettative dei cittadini;
- la trasparenza e l'imparzialità nell'attività amministrativa e in quella clinica, informando compiutamente il cittadino sulla natura e sugli effetti delle cure e dell'assistenza e garantendo pari opportunità di accesso.

4.3 Attuazione del programma per la trasparenza

L'IRCCS Burlo Garofolo ha, con decreto n. 10 del 30/01/2015, adottato la versione 2015-2017 del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In particolare nel Piano sopracitato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ne rappresenta un allegato.

Le azioni di trasparenza svolte in precedenza all'entrata in vigore del d.lgs. n. 33/2013 sono riconducibili essenzialmente al rispetto di singoli adempimenti previsti da specifici obblighi normativi, come ad esempio quelli previsti dal d.lgs n. 150/2009 e s.m.i.. Questi sono legati essenzialmente alle pubblicazioni sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" (già denominato "Amministrazione aperta" e "Trasparenza valutazione e merito") e a note informative interne di sensibilizzazione e richiesta di dati organizzativi, individuali e curriculari.

Con il presente programma si vuole dare attuazione agli adempimenti del d.lgs. n. 33/2013 in modalità coordinata e integrata con il Piano triennale di prevenzione della corruzione, dando però maggior risalto e un ambito di propria esistenza al tema della trasparenza sia nella tempistica sia per l'aggiornamento e l'articolazione strutturata del sito web aziendale, sia per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati richiesti con le modalità temporali prescritte.

Il Piano della prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza sono parte integrante del Ciclo delle Performance.

4.3.1 Responsabilità

Con i seguenti decreti del Direttore generale sono state individuate le responsabilità in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione:

- n. 25 del 18/03/2013 con cui è stato nominato il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- n. 31 del 28/03/2013 con cui è stato adottato il Piano triennale della prevenzione della corruzione 2013-2015;
- n. 67 del 14/06/2013 con cui è stato nominato il Responsabile della trasparenza
- n. 10 del 30/01/2014 con cui è stato adottato il piano triennale della prevenzione della corruzione e il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016
- n. 63 del 03/07/2014 con cui sono stati nominati i nuovi Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- n. 90 del 02/09/2015 con cui è stato nominato il nuovo Responsabile della prevenzione della corruzione
- n. 87 del 13/08/2015 con cui è stato nominato il nuovo Responsabile della trasparenza

I nominativi di entrambi i responsabili sono pubblicati nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'IRCCS unitamente a un indirizzo e-mail dedicato al fine di consentire l'esercizio del diritto di accesso civico.

Il Responsabile della trasparenza:

- promuove nell'ambito delle previsioni normative vigenti l'adozione delle azioni per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- avvia le azioni necessarie per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- collabora con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di promuovere l'integrazione delle azioni in materia di trasparenza e contrasto alla corruzione;
- avvia le attività di audit e valuta il raggiungimento degli standard di trasparenza prefissati;
- attiva le misure per contrastare le eventuali inerzie segnalando altresì le stesse agli organi competenti: qualora rilevi omissioni, disfunzioni, ritardi, adempimenti parziali eventuali ritardi inadempimenti in materia di pubblicazione prevista dalla normativa vigente ne dà comunicazione all'Ufficio per i

procedimenti disciplinari, alla Direzione strategica e OIV ai fini dell'attivazione delle diverse forme di responsabilità;

- di concerto con il Responsabile della prevenzione della corruzione fornisce le istruzioni operative generali ai Responsabili delle S.C. e ai loro collaboratori nonché istruzioni specifiche per singoli settori di riferimento assegnati agli stessi;
- controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico

I Responsabili delle S.C. dell'IRCCS individuate puntualmente nell'allegato 1 garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Il Responsabile della Trasparenza si avvale della collaborazione del Gruppo di referenti aziendali per la trasparenza: tale gruppo è costituito da rappresentanti delle S.C. coinvolte nei procedimenti e processi interessati dagli adempimenti in tema di trasparenza, sui quali sono tenuti ad aggiornarsi in tempo reale.

Unitamente ai responsabili, i componenti sovrintendono altresì agli adempimenti in materia di trasparenza di singoli settori di riferimento agli stessi assegnati.

4.3.2 Mappatura di procedimenti e processi per la trasparenza

Il d.lgs 33/2013 individua i dati, i documenti e le informazioni che devono essere obbligatoriamente divulgati mediante pubblicazione nella sezione del sito internet istituzionale dell'IRCCS denominata "Amministrazione Trasparente" e si avvale dell' A.N.A.C. per disciplinare tali obblighi con carattere di gradualità.

La sezione Amministrazione Trasparente dell'IRCCS è stata progettata e implementata secondo le specifiche di legge, in particolare secondo la struttura prevista all'allegato del d.lgs 33/2013 e dalla delibera CIVIT n. 50/2013 e s.m.i.

Pertanto i dati, i documenti e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni di cui alle delibere dell'ANAC (ex CIVIT) e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on line delle Amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione.

All'allegato 1 del presente documento sono evidenziati i singoli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente riportando:

- gli obblighi di pubblicazione e sezione destinataria
- le strutture tenute alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni secondo le modalità e previste dal d.lgs. 33/2013;
- i soggetti che sono tenuti a inviare alle strutture di cui al precedente punto i dati, documenti e informazioni da pubblicare

Il Gruppo di referenti aziendali per la trasparenza effettua periodicamente e almeno semestralmente, il controllo sulla sufficienza, congruenza e pertinenza di quanto pubblicato attraverso l'autocontrollo, gli audit, e collabora con l'OIV nell'esercizio della specifica funzione di controllo.

4.3.3 Individuazione dei soggetti tenuti alla produzione dei dati oggetto di pubblicazione ai fini della trasparenza

In linea con le indicazioni dell'ANAC (ex CIVIT) sulle attribuzioni dei dirigenti ai fini della pubblicazione dei dati, il d.lgs. n. 33/2013 prevede esplicitamente che «i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge» (art. 43, c. 3).

I dirigenti responsabili delle strutture indicate nella colonna «strutture e soggetti tenuti a invio dati e documenti» della tabella dell'allegato1 provvedono all'invio tempestivo e completo di tutti i dati e documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai dirigenti o al personale espressamente individuato delle strutture indicate nella colonna «strutture tenute alla pubblicazione» della medesima tabella.

Tali ultimi soggetti sono tenuti, altresì, alla tempestiva pubblicazione di tutti i dati e documenti forniti nelle sotto-sezioni del sito Internet all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

Il mancato o parziale o incompleto assolvimento degli obblighi di cui al precedente punto costituisce oggetto di valutazione individuale e della eventuale responsabilità disciplinare.

Nella programmazione annuale e nel percorso di budget sono esplicitati gli obiettivi attinenti alla realizzazione del programma della trasparenza i quali formano oggetto di valutazione secondo la metodologia valutativa in essere.

L'OIV dell'IRCCS attesta l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza ed effettua le comunicazioni prescritte agli organi competenti.

4.3.4 Audit e azioni di promozione della trasparenza

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Programma è svolto dal Responsabile della trasparenza con la collaborazione del Gruppo operativo con cadenza almeno semestrale e il Responsabile della Qualità aziendale.

Nel piano di audit del sistema qualità aziendale sono inserite specifiche azioni di monitoraggio dello stato di aderenza al programma della trasparenza.

Lo strumento dell'audit è individuato come funzionale all'individuazione delle azioni di miglioramento dei processi di trasparenza e pubblicazione. Esso si avvale di check list dedicate ai temi della trasparenza sia per ciò che concerne gli obblighi di pubblicazione che la loro declinazione aziendale.

4.4 Formazione

Nel piano annuale di formazione dell'IRCCS sono inseriti specifici momenti formativi e informativi sul tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Per garantire un adeguato livello di trasparenza e per promuovere lo sviluppo della cultura dell'integrità l'IRCCS provvederà ad organizzare iniziative quali la giornata della trasparenza e attività di promozione e diffusione dei contenuti del programma triennale della trasparenza e integrità.

4.5 Gestione dei documenti propri del processo e tutela dei dati personali, sensibili e clinici

Tutti gli atti relativi e derivanti dalla presente procedura sono registrati e conservati nel sistema del Protocollo dell'Istituto sotto la responsabilità del dirigente responsabile della Struttura Complessa o suo delegato, perseguendo gli obiettivi di semplificazione, efficienza ed economicità dei processi imposti dalle più recenti normative.

Le registrazioni e la documentazione predisposti per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del sistema di gestione per la qualità, non soggette a protocollazione, sono raccolte separatamente presso la Struttura Complessa a cura e sotto la responsabilità del Referente Qualità.

L'archiviazione e lo scarto dei documenti avvengono secondo quanto previsto dal massimario di scarto aziendale vigente, ove applicabile. Le procedure obsolete vengono conservate per un anno dalla data della revisione successiva, in forma cartacea e per cinque anni dalla medesima data, in formato elettronico e sono conservate nella S.C. a cura del responsabile della trasparenza.

I rapporti di audit sono conservati dal Responsabile della Qualità aziendale.

4.6 Prevenzione della corruzione

Si rimanda al Piano per la prevenzione della corruzione aziendale vigente.

5. CONTROLLO E VERIFICA PER LA CORRETTA APPLICAZIONE

5.1 Quesiti per la verifica della corretta conoscenza e applicazione

Qual è il decreto che disciplina gli obblighi di pubblicazione?

Qual è l'ente di sorveglianza esterno chiamato a verificare la congruità di quanto pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente?

Esiste una delibera della CIVIT/ANAC con una tabella che disciplina la configurazione della sezione Amministrazione trasparente?

Come è strutturata la rete per la tutela della trasparenza nell'Istituto?

5.2 Indicatori di misurazione (con formula)

Il livello di trasparenza si collega con il raggiungimento della performance: l'IRCCS è impegnato nel miglioramento del livello di integrazione tra le due dimensioni.

5.2.1 Indicatore n. 1

Descrizione dell'indicatore: Adozione del Programma della trasparenza.

Formula indicatore: n/a

Metodologia di rilevazione: viene effettuata secondo le disposizioni normative annualmente

Criteri di valutazione: adozione del programma (protocollazione atto e/o adozione decreto) e pubblicazione sul sito web istituzionale nell'apposita sezione del Programma nella versione aggiornata.

Reportistica: rilevazione annuale dell'OIV o struttura analoga.

5.2.2 Indicatore n. 2

Descrizione dell'indicatore: monitoraggio del livello di adempimento delle pubblicazioni.

Formula: (n. rilevazioni positive)/(n. item totali)*100

Metodologia di rilevazione: mediante verifica puntuale secondo la schema dell'allegato 1 (aggiungendo una colonna finale "monitoraggio" effettuata dal Gruppo dei referenti aziendali per la trasparenza

Criteri di valutazione: presenza di report di monitoraggio con cadenza semestrale

Reportistica: tabella di monitoraggio

5.2.3 Indicatore n. 3

Descrizione dell'indicatore: svogimento di audit specifici sulla trasparenza e prevenzione della corruzione.

Formula: n/a

Metodologia di rilevazione: mediante *check-list* appositamente predisposta

Criteri di valutazione: presenza del rapporto di audit specifico sulla trasparenza e prevenzione della corruzione

Reportistica: rapporto di audit specifico

5.3 Verifica da parte di enti esterni

La correttezza e conformità dei contenuti della sezione Amministrazione trasparente degli enti della PA sono sottoposti a costante verifica da parte dell'ANAC. Quest'ultimo si avvale della cosiddetta "Bussola della trasparenza", quale strumento di diagnosi. Tale strumento è reperibile on line sul sito www.magellano.it e consente sedute di autovalutazione utili ad orientare i cambiamenti sul sito al fine di rendere la sezione conforma alla normativa.

6. DEFINIZIONI

6.1 Abbreviazioni ed acronimi

ANAC: autorità Nazionale Anticorruzione

CIVIT: Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni

OIV: Organismo indipendente di valutazione

S.C.: struttura complessa

S.S.: struttura semplice

6.2 Definizioni e glossario

TRASPARENZA: è definita dal legislatore come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre altresì 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 e costituisce altresì livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

PUBBLICAZIONE: si intende la partecipazione in conformità alle specifiche e alle regole tecniche di cui all'allegato A dello stesso, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere al sito istituzionale dell'IRCCS direttamente e immediatamente, senza autenticazione ed identificazione.

ACCESSO CIVICO: il diritto di chiunque di richiedere, in caso di omessa pubblicazione, i documenti, le informazioni o i dati che la normativa vigente impone alle pubbliche amministrazioni di pubblicare. Tale richiesta non deve essere motivata ed è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza.

7. DOCUMENTAZIONE CORRELATA E RIFERIMENTI

7.1 Allegati alla procedura

Allegato 1: tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza

7.2 Riferimenti normativi

- D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, «Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
- D.lgs. 6 novembre 2012, n. 190, «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni
- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
- D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, «Codice in materia di protezione dei dati personali»
- D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, «Codice dell'amministrazione digitale»
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2004, n. 108, «Regolamento recante disciplina per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento del ruolo dei dirigenti presso le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo»
- D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163, «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE»
- Legge 18 giugno 2009, n. 69, «Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile»
- Delibera CIVIT 14 ottobre 2010, n. 105, «Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13, comma 6, lettera e, del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)»
- Delibera CIVIT n. 2/2012, «Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità»
- Delibera CIVIT n. 50/2013, «Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016»

- Circolare del Dipartimento della Funzione pubblica n. 2/2013 del 19 luglio 2013, «D.lgs. n. 33 del 2013, attuazione della trasparenza»

7.3 Requisiti rispetto ai programmi di accreditamento

7.3.1 Accreditamento istituzionale

I programmi di accreditamento istituzionale non contemplano nello specifico gli obblighi di pubblicazione o la lotta alla corruzione; ciò non di meno, essi richiedono la piena conformità alla normativa vigente quale requisito autorizzativo..

7.3.2 Accreditamento all'eccellenza

Analogamente ai programmi di accreditamento istituzionale, anche quelli per l'accreditamento all'eccellenza non contemplano specificatamente la materia legislativa sulla trasparenza ed integrità e sulla lotta alla corruzione, ma pretendono la piena applicazione della normativa vigente (standard GLD.1).

Considerando che gli obblighi di pubblicazione sono legati alla trasparenza delle informazioni al cittadino, si ritengono applicabili gli standard del capitolo MCI "Gestione della Comunicazione e delle Informazioni".

7.3.3 Norme UNI EN ISO 9000 e altre norme UNI

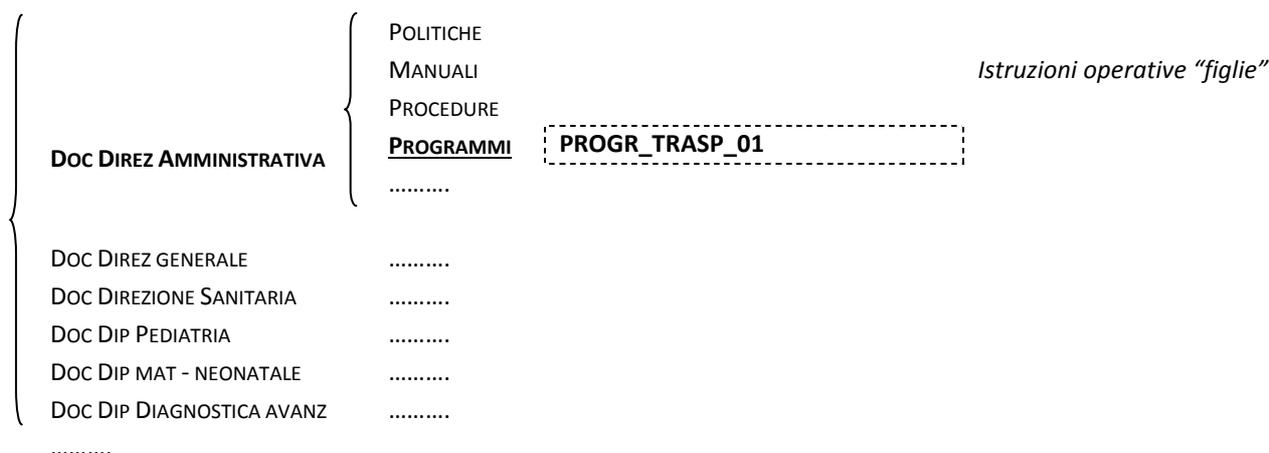
Al fine della conformità alla normativa ISO 9001:2008, il cui elemento centrale è l'approccio per processi, il programma per la trasparenza va inteso come parte del processo "gestione degli adempimenti in merito alla trasparenza e integrità". Tale processo, al pari degli altri processi primari e di supporto, è descritto in procedure ed è sottoposto ad attività regolare di auditing (punti. 8, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3). I dati emersi dalle sorveglianze sono analizzati (p.to 8.4) e sottoposti a piani di miglioramento (punti. 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3).

Poiché la gestione degli adempimenti in merito alla trasparenza hanno una loro reportistica disciplinata dall'A.N.A.C., gli elementi in ingresso e in uscita non fanno parte del riesame della direzione, ma di documenti assimilabili specifici.

8. CICLO DOCUMENTALE

8.1 Collocazione documentale

La presente procedura appartiene alla documentazione afferente alla Direzione Amministrativa/Generale.



8.2 Gruppo di lavoro – Prima emissione

SOGGETTI REDATTORI DELLA PRIMA EMISSIONE:

Ing. Riccardo Zangrando – Dirigente Responsabile S.C. Ingegneria clinica, Acquisizione di tecnologie, beni e servizi

SOGGETTI VERIFICATORI DELLA PRIMA EMISSIONE:

Dott.ssa Elisabetta Danielli – Responsabile Qualità aziendale – Ufficio Innovazione sanitaria - Direzione sanitaria
Dott.ssa Serena Sincovich – Responsabile prevenzione della corruzione sostituto

SOGGETTI AUTORIZZATORI DELLA PRIMA EMISSIONE:

Dott. Mauro Melato – Direttore generale
Dott. Stefano Dorbolò – Direttore amministrativo

8.3 Revisione, verifica ed approvazione e frequenza dell'aggiornamento

La procedura deve venire revisionata annualmente, secondo prescrizione di legge, entro il 31 gennaio.

SOGGETTI REDATTORI DELLA REVISIONE:

Ing. Riccardo Zangrando – Dirigente Responsabile S.C. Ingegneria clinica, Acquisizione di tecnologie, beni e servizi

SOGGETTI VERIFICATORI DELLA REVISIONE:

Dott.ssa Elisabetta Danielli – Responsabile Qualità aziendale – Ufficio Innovazione sanitaria - Direzione sanitaria
Dott.ssa Martina Vardabasso – Responsabile prevenzione della corruzione

SOGGETTI AUTORIZZATORI DELLA REVISIONE:

Dott. Gianluigi Scannapieco – Direttore generale
Dott. Stefano Dorbolò – Direttore amministrativo

8.4 Distribuzione e accessibilità

Il documento è pubblicato nell'apposita sezione del sito internet, e nel sito intranet dell'IRCCS.

8.5 Matrice delle revisioni

Capitolo non omissibile. Descrive sinteticamente la storia del documento.

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE / TIPO MODIFICA
00	28/01/2015	Prima emissione (I edizione)
01	25/01/2016	Revisione

8.6 Obblighi di pubblicazione (Amministrazione trasparente)

La presente procedura è costitutiva dell'Amministrazione trasparente.

ALLEGATO 1

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Disposizioni Generali	Programma per la Trasparenza e l'integrità	art 10 comma 8, lett. a)	Piano triennale per la trasparenza e l'integrità	Responsabile della trasparenza	Annuale – entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1 comma 8 L. 190/2012)	Responsabile della trasparenza
			Stato di attuazione annuale del piano triennale per la trasparenza e l'integrità	Responsabile della trasparenza	Annuale – entro il 15 dicembre di ogni anno (art. 1 comma 14 L. 190/2012)	Responsabile della trasparenza
	Atti Generali	art 12 commi 1 e 2	Atto Aziendale e sue modifiche ed aggiornamenti	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Entro 15 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
			a) Riferimenti normativi (con i relativi link) alle norme di legge che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività dell'Istituto, del SSR e del SSN, atti che ne danno interpretazione o dettano disposizioni per la relativa applicazione b) Direttive, circolari, regolamenti emanati dall'Istituto c) procedure, protocolli e istruzioni operative aziendali d) Codici di comportamento	a) = b) Struttura competente per materia c) Responsabile aziendale qualità d) S.C. Politiche e sviluppo del personale	Entro 15 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	a) Responsabile S.C. Affari generali e legali b) Responsabile struttura competente per materia c) Responsabile aziendale qualità d) Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Oneri informativi per cittadini e imprese	art. 34 commi 1 e 2 (non applicabile); art 12 comma 1 bis introdotto con DL 69/2013 art 29, c. 3	Scadenziario con indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi introdotti a carico di cittadini e imprese	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	Responsabile trasparenza
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	art.13 comma 1, lett. a)	Organigramma	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Entro 3 mesi dalla nomina e per i 3 anni successivi dalla cessazione del mandato o dell'incarico	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
		Art. 14	Non applicabile			
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, comma 1	Sanzioni irrogate dall'autorità amministrativa competente per mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'art. 14 concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione	=	Entro 15 giorni dalla comunicazione della sanzione da parte dell'autorità	Responsabile S.C. Affari generali e legali
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 47	Non applicabile			



**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA' 2016-2018**

PROGRAMMA

Codice identificazione file:

PROG_TRASP_01

Pagina 14 di 27

Rev. 01 del 25/01/2016

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Articolazioni degli uffici	art. 13 comma 1 lett. b) e c)	Organigramma aziendale riprodotto in forma facilmente comprensibile ed accessibile, con indicazione, per ciascun dipartimento, struttura complessa e semplice dipartimentale del nominativo del responsabile, delle relative competenze e dell' organico disponibile	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Entro 3 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
	Telefono e posta elettronica	art.13 comma 1 lett.d)	Per ciascun dipartimento, struttura complessa e semplice dipartimentale e per ogni altra unità ritenuta utile all'utenza, indicazione dei numeri di telefono nonché delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta certificata cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	S.C. Politiche e sviluppo del personale S.C. Ingegneria Clinica Acquisizione Tecnologie Beni e Servizi	Entro 3 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	Responsabile S.C. Ingegneria Clinica Acquisizione Tecnologie Beni e Servizi

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Consulenti e collaboratori		art. 15, commi 1 e 2 art. 10, comma 8 lett. d)	Le seguenti informazioni per gli incarichi di collaborazione o consulenza o incarichi di patrocinio legale o docenza: a) gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico; b) il curriculum vitae redatto in conformità al vigente modello europeo; c) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali, con ciò intendendo anche le prestazioni svolte in regime intramurario (art. 41, c. 3) ; d) i compensi erogati con specifica evidenza della componente variabile o legata alla valutazione del risultato	Direzione Scientifica S.C. Politiche e sviluppo del personale S.C. Affari generali e legali Ufficio Formazione	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla sua cessazione. Aggiornamento mensile.	Direzione Scientifica Responsabile S.C. Affari generali e legali per gli incarichi di patrocinio legale Responsabile Ufficio Formazione
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	art. 15 commi 1, 2 art. 41, commi 2 e 3 art. 10, comma 8 lett.	Le seguenti informazioni per il direttore generale, il direttore scientifico, il direttore sanitario, il direttore amministrativo: a) i bandi, gli avvisi e le procedure di selezione effettuati;	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla sua cessazione. Aggiornamento entro 15 giorni da ogni eventuale modifica	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale



**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA' 2016-2018**

PROGRAMMA

Codice identificazione file:

PROG_TRASP_01

Pagina 16 di 27

Rev. 01 del 25/01/2016

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
		d)	b) gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico; c) i curriculum vitae redatti in conformità al vigente modello europeo; d) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di eventuali attività professionali, con ciò intendendo anche le prestazioni svolte in regime intramurario (art. 41, c. 3); e) i compensi erogati con specifica evidenza della componente variabile o legata alla valutazione del risultato.			

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Dirigenti	art. 15 commi 1, 2 e 5 art. 41, commi 2 e 3	<p>1) Le seguenti informazioni per i titolari di incarichi di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:</p> <p>a) i bandi, gli avvisi e le procedure di selezione effettuati;</p> <p>b) gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico;</p> <p>c) i curricula vitae redatti in conformità al vigente modello europeo;</p> <p>d) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di eventuali attività professionali, con ciò intendendo anche le prestazioni svolte in regime intramurario (art. 41, c. 3);</p> <p>e) i compensi erogati con specifica evidenza della componente variabile legata alla valutazione del risultato. Per i titolari di incarichi di responsabile di struttura semplice le sole informazioni di cui al punto a) e b).</p> <p>2) Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alla P.A., individuate discrezionalmente dal direttore generale senza procedure pubbliche di selezione</p>	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla sua cessazione. Aggiornamento mensile.	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Posizioni organizzative	art 10 comma 8 lett d)	Curricula dei titolari di posizione organizzativa redatti in conformità al vigente modello europeo	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico. Aggiornamento mensile.	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Dotazione organica	art. 16 commi 1 e 2	Conto annuale del personale in formato facilmente leggibile riportante i dati relativi alla dotazione organica ed al personale in effettivo servizio suddiviso per qualifica e area professionale, con indicazione dei relativi costi	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Annuale	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Personale non a tempo indeterminato	art 17 commi 1 e 2	Elenco personale non a tempo indeterminato e relativo costo complessivo articolato per aree professionali	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Trimestrale	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Tassi di assenza	art 16, comma 3	Tassi di assenza del personale distinti per Struttura	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Trimestrale	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	art 18 comma 1	Elenco incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti con indicazione della durata e del relativo compenso	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Mensile	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Contrattazione collettiva	art. 21 comma 1	- Link al sito www.aranagenzia.it nella parte in cui sono contenuti i CCNL del comparto sanità e le eventuali interpretazioni autentiche - Link al sito www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/GEN/COMPARTO_CONTRATTAZIONE/ per gli accordi regionali	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Annuale	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Contrattazione integrativa	art 21 comma 2	<ul style="list-style-type: none"> - Contratti integrativi aziendali stipulati; - relazione tecnico-finanziaria e illustrativa certificate dal collegio sindacale; - costi della contrattazione integrativa. 	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Entro 5 giorni dalla stipula	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	OIV	art 10 comma 8 lett.c)	Nominativi e curricula dei componenti dell'OIV, parere ANAC e decreto di nomina	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Annuale. Entro 5 giorni da eventuali variazioni intervenute	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
Bandi di concorso		art 19	<ul style="list-style-type: none"> - Elenco bandi di concorso in corso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale; - elenco bandi espletati nell'ultimo triennio, con indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle correlate spese effettuate (compensi commissioni...) 	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Tempestiva in occasione delle procedure	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
Performance	Piano delle performance	art. 10 comma 8 lett. b)	Piano della performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), e dell'articolo 15, comma 2, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Annuale	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
	Relazione sulla performance	art. 10 comma 8 lett. b)	Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 8, lettera b)	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Annuale	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Ammontare complessivo dei premi	art 20 commi 1 e 2	Distinto tra dirigenti e comparto: - ammontare complessivo dei premi incentivanti previsti (RR, produttività...); - ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; - valore medio dei premi conseguibili e valore medio, minimo e massimo dei premi effettivamente conseguiti	S.C. Politiche e sviluppo del personale	Annuale	Responsabile S.C. Politiche e sviluppo del personale
	Benessere organizzativo	art 20 comma 3	- Tasso di assenteismo per struttura (recupero algoritmo) - Risultati indagini sul benessere organizzativo	Medico competente SPPA	Annuale	Medico competente
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art 22, comma 1, lett. a, comma 2,3	Non applicabile	S.C. Affari generali e legali	Annuale	Responsabile S.C. Affari generali e legali
	Società partecipate	Art 22, comma 1, lett. b, comma 2,3	Elenco delle società di cui detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria indicandone l'entità, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate			
	Enti di diritto privato controllati	Art 22, comma 1, lett. c, comma 2,3	Non applicabile			
	Rappresentazioni e grafica	Art 22, comma 1, lett. d	Non applicabile			

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività	art. 24 comma 1	Non applicabile			
	Tipologie di procedimento	art. 35 commi 1 e 2	Pubblicazione dati per ciascuna tipologia di procedimento amministrativo, così come individuato con Regolamento aziendale	S.C. Affari generali e legali	Entro 15 giorni dall'adozione/ modifica/ aggiornamento	S.C. Affari generali e legali
	Monitoraggio tempi procedimentali	art. 24 comma 2	Pubblicazione dati di monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali (L. 190/2012 art. 1, c. 28)	S.C. Affari generali e legali sulla base dei dati forniti da ciascun responsabile del procedimento	Annuale entro primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento	S.C. Affari generali e legali

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
	Dichiarazione sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	art. 35 comma 3	Nominativo, recapito telefonico ed indirizzo e-mail del responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi Convenzioni quadro di disciplina accesso ai dati da parte di enti esterni Ulteriori modalità per tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati nonché per svolgimento di controlli per dichiarazioni sostitutive da parte di amministrazioni precedenti	S.C. Affari generali e legali	Entro 15 giorni dall'adozione/modifica/ aggiornamento	Responsabile S.C. Affari generali e legali
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico e dirigenti	art 23	Elenco dei provvedimenti adottati dal direttore generale e dai dirigenti in forma di scheda sintetica riportante il contenuto, l'oggetto, l'eventuale spesa prevista e gli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo. La pubblicazione deve avvenire automaticamente in sede di formazione del documento che contiene l'atto.	Responsabile del procedimento competente	Contestualmente all'adozione del provvedimento	Pubblicazione automatica mediante l'apposita funzionalità di ADweb (a cura del responsabile del procedimento)
Controlli sulle imprese		art. 25	Non applicabile			

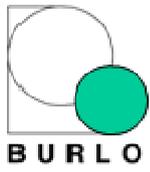
Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Bandi di gara e contratti		art.37 commi 1 e 2	Fermi altri obblighi di pubblicità, tra cui ex art. 1, c. 32. l. 6.11.2012 n. 190, pubblicazione delle informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture. Altresì pubblicate le delibere a contrarre nell'ipotesi art. 57, c. 6, d.lgs. 12.4.2006 n. 163.	<p>SC Servizio tecnico edile-impiantistico per opere e lavori pubblici</p> <p>SC Ingegneria clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi per forniture di beni e servizi</p> <p>SC Farmacia e farmacologia clinica per forniture di beni</p>	<p>Entro 3 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento dei provvedimenti .</p> <p>La trasmissione all'ANAC dei dati di cui all'art. 1 comma 32 della L. 190/2012 entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dai bandi di gara pubblicati dal 1.12.2012: prima scadenza prevista: 31.1.2014)</p>	<p>Responsabile SC Servizio tecnico edile-impiantistico per opere e lavori pubblici</p> <p>Responsabile SC Ingegneria clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi per forniture di beni e servizi</p> <p>Responsabile SC Farmacia e farmacologia clinica</p>
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	art 26 comma 1			Non applicabile	
Atti di concessione	art 26 comma 2 art 27					

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	art. 29 comma 1	Dati relativi al bilancio di previsione ed a quello consuntivo in forma sintetica, aggregata e semplificata al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità	SC Servizio economico-finanziario	Entro 15 giorni dall'adozione definitiva	Responsabile SC Servizio economico-finanziario
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	art. 29 comma 2	Relazione al bilancio di previsione ed a quello consuntivo riportante una sintetica descrizione dei risultati attesi e delle motivazioni degli eventuali scostamenti			
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	art 30	Elenco dei beni immobili aziendali, con specificazione del titolo di godimento	SC Servizio tecnico edile-impiantistico	Annuale	Responsabile SC Servizio tecnico edile-impiantistico
	Canoni di locazione o affitto		Elenco dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti			
Controlli e rilievi sull'amministrazione		art 31 comma 1	Rilievi – unitamente agli atti cui si riferiscono - non recepiti degli organi di controllo interno (Collegio sindacale, OIV), di revisione amministrativa e contabili e tutti i rilievi ancorchè recepiti dalla Corte dei conti, riguardanti l'organizzazione e l'attività aziendale o di singole sue articolazioni	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	Entro 15 giorni dalla notifica	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	art 32 comma 1	Pubblicazione Carta dei servizi	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Entro 15 giorni dall'adozione/modifica/aggiornamento	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico
	Costi contabilizzati	art 32 comma 2 lett. a) art 10 comma 5	Modello LA di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza rielaborato in forma semplificata al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità	S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo SC Servizio economico-finanziario	Annuale	Responsabile S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo
	Tempi medi di erogazione dei servizi – Tempi di attesa	art 32 comma 2 lett. b)	Tempi d'attesa previsti da normativa e tempi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Direzione Sanitaria Ufficio CUP e Accettazione amministrativa	Entro il primo trimestre di ogni anno i dati relativi all'anno precedente	Responsabile Ufficio CUP e Accettazione amministrativa
	Liste di attesa	e art 41 comma 6	Tempi attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Ufficio CUP e Accettazione amministrativa	Mensile	Responsabile Ufficio CUP e Accettazione amministrativa
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	art 33	Tempi medi di pagamento delle forniture	SC Servizio economico-finanziario	Annuale	Responsabile SC Servizio economico-finanziario
	IBAN e pagamenti informatici	art 36	Informazioni necessarie ad effettuare pagamenti con le modalita' informatiche di cui all'art. 5 del D. Lgs. 82/2005	SC Servizio economico-finanziario	Entro 3 giorni da eventuali modifiche/aggiornamenti	Responsabile SC Servizio economico-finanziario

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Opere pubbliche		art 38 comma 1	a) Piano annuale e triennale degli investimenti corredato di una sintesi delle relazioni allegate al bilancio preventivo ed al bilancio consuntivo prodotta in forma semplificata al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità b) Pareri espressi dal Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria e Socioassistenziale – N.V.E.S.S. regionale	SC Servizio tecnico edile-impiantistico per opere e lavori pubblici SC Ingegneria clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi	a) entro 15 giorni dall'adozione definitiva del Piano e/o dai rispettivi aggiornamenti b) entro 3 giorni dall'acquisizione	Responsabile SC Servizio tecnico edile-impiantistico per opere e lavori pubblici Responsabile SC Ingegneria clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi
		art 38 comma 2	Le informazioni relative ai tempi, ai costi unitari e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate. Le informazioni sui costi sono pubblicate sulla base di uno schema tipo redatto dall'Autorita' per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che ne cura altresì la raccolta e la pubblicazione nel proprio sito web istituzionale al fine di consentirne una agevole comparazione.		Entro 15 giorni dalla pubblicazione dello schema dell'ANAC e del DM di cui all'art. 1, c. 31 del D.lgs 190/2012	
Pianificazione e governo del territorio		art. 39	Non applicabile			
Informazioni ambientali		art. 40	Non applicabile			

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	contenuti (rif. al decreto)	Dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione	Struttura competente della produzione	Tempistica di aggiornamento	Soggetto competente della pubblicazione
Strutture sanitarie private accreditate		art 41 comma 4		Non applicabile		
Interventi straordinari e di emergenza		art 42	Le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamita' naturali o di altre emergenze, ivi comprese le amministrazioni commissariali e straordinarie costituite in base alla legge 24 febbraio 1992, n. 225, o a provvedimenti legislativi di urgenza	Responsabile del procedimento	Tempestivo	Responsabile del procedimento
Altri contenuti	Anticorruzione		- Piano triennale di prevenzione della corruzione - Relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta	Responsabile della prevenzione della corruzione	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione
	Accesso civico		Nominativo e riferimento del resposanbile della trasparenza cui inviare l'istanza di accesso civico Modalità di esercizio del diritto Nome del titolare del potere sostitutivo e recapiti	Responsabile della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della trasparenza



Allegato 2

Tabella valutazione del rischio

All. 2 - TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

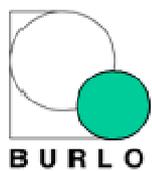
TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
Discrezionalità	Impatto organizzativo
<p>Il processo è discrezionale? No, è del tutto vincolato 1 E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi 2 (regolamenti, direttive, circolari) E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3 E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi 4 (regolamenti, direttive, circolari) E' altamente discrezionale 5</p>	<p>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti) Fino a circa il 20% 1 Fino a circa il 40% 2 Fino a circa il 60% 3 Fino a circa l'80% 4 Fino a circa il 100% 5</p>
Rilevanza esterna	Impatto economico
<p>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2 Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento 5</p>	<p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</p>

	No 1 Sì 5
<p align="center">Complessità del processo</p> <p>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</p> <p>No, il processo coinvolge una sola p.a. 1 Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni 3 Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5</p>	<p align="center">Impatto reputazionale</p> <p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</p> <p>No 0 Non ne abbiamo memoria 1 Sì, sulla stampa locale 2 Sì, sulla stampa nazionale 3 Sì, sulla stampa locale e nazionale 4 Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale 5</p>
<p align="center">Valore economico</p> <p>Qual è l'impatto economico del processo?</p> <p>Ha rilevanza esclusivamente interna 1 Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3 Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) 5</p>	<p align="center">Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</p> <p>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</p> <p>A livello di addetto 1 A livello di collaboratore o funzionario 2 A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa 3 A livello di dirigente di ufficio generale 4 A livello di capo dipartimento/segretario generale 5</p>
<p align="center">Frazionabilità del processo</p> <p>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo</p>	

<p>stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)? No 1 Sì 5</p>	
<p style="text-align: center;">Controlli (3)</p> <p>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio? Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione 1 Sì, è molto efficace 2 Sì, per una percentuale approssimativa del 50% 3 Sì, ma in minima parte 4 No, il rischio rimane indifferente 5</p>	
<p>NOTE: (1) Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro. (2) Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione. (3) Per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella p.a. che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella p.a., es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito dei ricorsi giudiziari avviati nei confronti della p.a.). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella p.a.. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.</p>	
<p>VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ 0 nessuna probabilità 1 improbabile 2 poco probabile 3 probabile 4 molto probabile 5 altamente probabile</p>	
<p>VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO 0 nessun impatto 1 marginale 2 minore 3 soglia 4 serio 5 superiore</p>	
<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = Valore frequenza x valore impatto</p>	

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'		punti	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO		punti
1	Discrezionalità		Impatto organizzativo		
	Il processo è discrezionale?		Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio competente a svolgere il processo nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo?		
2	Rilevanza esterna		Impatto economico		
	Il processo produce effetti diretti all'esterno?		Nel corso degli ultimi cinque anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. Di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. Per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?		
3	Complessità del processo		Impatto reputazionale		
	Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?		Nel corso degli ultimi cinque anni sono stati pubblicati sui giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?		
4	Valore economico		Impatto organizzativo, economico e sull'immagine		
	Qual è l'impatto economico del processo?		A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?		
5	Frazionabilità del processo				
	Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es. pluralità di affidamenti ridotti)?				
6	Controlli				
	Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo è adeguato a neutralizzare il rischio?				
	PUNTI TOTALI	0	PUNTI TOTALI		0
P	MEDIA DELLA PROBABILITA' (P)	0	MEDIA DELL'IMPATTO (I)		0
	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO= P*I			0	



Allegato 3

Registro dei rischi 2016

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	consulenza giuridica	accordi per vantaggi personali	2,25	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita di idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
	gestione contenzioso	accordi per vantaggi personali	3,75	rischio basso	gli indicatori presenti nella procedura vigente sono idonei alla verifica anche del rispetto delle norme in materia di prevenzione della corruzione	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate
	gestione affidamento incarichi patrocinio legale dell'Istituto	accordi per vantaggi personali	3,6	rischio basso	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita d idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
	gestione polizze	trattasi di rischio eventualmente a carico della centrale d'acquisto	0,8	rischio accettabile	trattasi di attività conseguente a esiti di gara esperita da centrale d'acquisti regionale. Vigente e idonea procedura organizzativa.	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate
	attività aziendale a pagamento	accordi per vantaggi personali	2,25	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita d idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
	stipula convenzioni passive	accordi per vantaggi personali trattasi di rischio eventualmente a carico di altra articolazione aziendale	2,25	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita di idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
	stipula accordi inerenti l'attività di sperimentazione clinica	accordi per vantaggi personali trattasi di rischio eventualmente a carico di altra articolazione aziendale	2,3	rischio accettabile	successivamente alla revisione del regolamento per le sperimentazioni cliniche è possibile prevedere la seguente procedura:Procedura per la stipula di contratti di sperimentazione clinica	Subordinatamente alla revisione del vigente Regolamento: 31/12/2016
	recupero crediti	mancata attivazione del processo di recupero o artificioso rallentamento delle fasi dela processo	1,37	rischio accettabile	E' vigente procedura organizzativa con indicatori idonei. I processi espressi nella procedura presentano accettabili margini di rischio di fatti corruttivi in quanto la procedura stessa è trasversale e soggetta al controllo di più strutture anche attraverso i sistemi informatizzati regionali -	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate
	gestione amministrativa dell'attività libero professionale intramuraria	accordi per vantaggi personali trattasi di rischio eventualmente a carico di altre articolazioni aziendale	3,45	rischio basso	Bozza di procedura munita di idonei indicatori come da nota prot. int n. 2143 del 10 dic 2015	31/12/2016
	atti di liberalita'	accordi per vantaggi personali	2,5	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita d idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
	attività di tirocinio	accordi per vantaggi personali trattasi di rischio eventualmente a carico di altre articolazioni aziendale	2,1	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita d idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
	specialita' non presenti in regione	accordi per vantaggi personali trattasi di rischio eventualmente a carico di altre articolazioni aziendale	2,3	rischio accettabile	formalizzazione della bozza di revisione della procedura munita d idonei indicatori come da nota prot. Int n. 2143 del 10 dic 2015	30/09/2016
S.C. POLITICHE E GESTIONE DEL PERSONALE	gestione delle presenze e delle assenze dei lavoratori	Inserimento artificioso o manomissione di dati per vantaggi personali	4,08	rischio basso	utilizzo del sistema informatico c.d. Self Service del Dipendente per la gestione e il controllo delle presenze e delle assenze dei lavoratori. procedure organizzativa che prevede controlli periodici dei dati inseriti al fine di riscontrare eventuali anomalie rilevate nelle operazioni quotidiane di registrazione delle presenze o giustificazione delle assenze. Inserimento nel piano di miglioramento della previsione dell'effettuazione di controlli a campione sulla documentazione agli atti.	30/09/2016
	attribuzione borse di studio	Discrezionalità dei criteri di selezione o di scelta della borsa di studio da attribuire.	4,74	rischio basso	Su indicazione della Direzione Scientifica si predispongono il provvedimento per l'emissione del bando per l'attribuzione delle borse sui fondi della ricerca scientifica corrente integrare la procedura esistente con i criteri predisposti dalla Direzione Scientifica e idonei indicatori	31/12/2016
	regolamenti prove selettive interne	manca di presupposti programmatori e/ o motivata verifica delle effettive carenze organizzative	3,2	rischio basso	esiste regolamento che individua le posizioni organizzative, i coordinamenti e gli incarichi dirigenziali necessari: la verifica costante della correttezza e la coerenza tra l'avvio della procedura concorsuale con la dotazione organica, le normative e i regolamenti vigenti, le necessità assistenziali e la sostenibilità economica è già disciplinata nell'apposita procedura	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
	acquisizione del personale (a qualunque titolo)	Presenza di conflitto di interessi tra i membri della Commissione esaminatrice e i candidati (il rischio è già stato ridotto dall'introduzione della modulistica relativa alle dichiarazioni di incompatibilità che devono compilare i commissari)	5	rischio basso	Revisione della procedura acquisizione del personale con inserimento : -delle modalità di controllo delle dichiarazioni di conflitto di interesse, rese secondo modulistica conforme alla normativa vigente, dai commissari dei concorsi; -aggiornamento dei contratti individuali di lavoro in tema di attività incompatibili - ex. art. 53 ter D.lgs 165/01. Verifica a campione delle dichiarazioni rese	Revisione della procedura entro il 31/12/16; verifica a campione trasmesse al RPC
	attribuzione incarichi di collaborazione	criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire. Su indicazione della Direzione Scientifica si predispone il provvedimento per l'emissione del bando per l'attribuzione degli incarichi sui fondi della ricerca scientifica	3,53	rischio basso	integrare con i criteri predisposti dalla Direzione Scientifica. predispone il nuovo regolamento sugli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa in accordo con la Direzione Strategica e della Direzione Scientifica	entro 31/12/16
S.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Gestione del ciclo passivo	Pagare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture	3,125	rischio basso	Utilizzo del programma informatizzato di contabilità che prevede l'automatismo della verifica/autorizzazione delle fatture quale condizione necessaria al pagamento ed utilizzo dello scadenzario fornitori, così come già previsto nella procedura "gestione del ciclo passivo"	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate
S.C. SERVIZIO TECNICO EDILE IMPIANTISTICO	Affidamento di lavori e servizi in economia	discrezionalità nell'affidamento di incarichi o servizi	6,125	rischio rilevante	Esiste procedura organizzativa per l'affidamento di lavori e servizi. Da formalizzare istruzione operativa atta a ridurre gli ambiti di discrezionalità, tale da individuare vincoli al numero degli affidamenti consentiti, al relativo valore economico (per ogni singolo affidamento e per gli affidamenti assegnabili nel corso di uno o più anni)	31/03/2016

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
	svolgimento di attività manutentive effettuate da soggetti terzi	omissione dei controlli per vantaggi personali	4,5	rischio basso	Esiste procedura organizzativa vigente che prevede controlli sistematici ed ispezioni di verifica da documentare nell'ambito di appositi registri, si ritiene vantaggiosa la rotazione degli incarichi di verifica tra le risorse umane della struttura, compatibilmente al possesso delle competenze necessarie, l'implementazione dell'attività formativa in ambito tecnico. Da realizzare la rasmissione al RPC di evidenza documentale delle verifiche e della rotazione degli incarichi di verifica. Implementazione dell'attività formativa specifica estesa a tutti i componenti della struttura. Attività da eseguirsi durante l'anno in corso e comunque con relazione finale	31/12/2016
	Varianti in corso d'opera per lavori pubblici proposte dal direttore dei lavori esterno all'amministrazione	effettuazione di perizie di variante e suppletive non strettamente necessarie, per vantaggi personali	4,79	rischio basso	Formalizzazione di procedura/istruzione operativa che preveda l'assoggettamento della proposta di variante ad un soggetto terzo al procedimento - di supporto al RUP - onde accertare la sussistenza delle effettive condizioni che rendano necessarie la redazione della perizia di variante; inserire nell'ambito di tale procedura/istruzione idonei indicatori quale quella per cui nei contratti di direzione dei lavori è inserita tale clausola procedimentale -	31/12/2016
S.C. INGEGNERIA CLINICA ACQUISIZIONE TECNOLOGIE BENI E SERVIZI	Acquisizione e approvvigionamento di dispositivi medici e tecnologie	Scelta del dispositivo medico effettuata dall'utilizzatore - appropriatezza	6,42	rischio rilevante	Applicazione della procedura sistema aziendale per la gestione dei dispositivi medici (PRO_ICATBS_14)	31/12/2016
		Frazionamento degli affidamenti			Analisi contesti e uniformità dei fabbisogni nel settore della ricerca scientifica	30/06/2016
	Gestione delle apparecchiature biomedicali - acquisizione tecnologie beni e servizi	Infungibilità di beni sanitari	6,42	rischio rilevante	Introduzione nuova procedura per la valutazione multidisciplinare dell'infungibilità di beni e attrezzature	31/12/2016
S.C. FARMACIA E FARMACOLOGIA CLINICA	gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	3,02	rischio basso	Effettuare periodiche ispezioni agli armadi di reparto al fine di verificare la corretta tenuta di medicinali e dispositivi medici, la rotazione e l'entità delle scorte Per il 2016 almeno una ispezione per ogni reparto con relazione finale	30/10/2016

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
	approvvigionamento e gestione deposito	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	6,37	rischio medio	Gestire a magazzino tramite apposito programma informatico i medicinali costosi prevedendo che vengano richiesti nominalmente	Verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate - gestione nominale di almeno il 90% dei medicinali ad alto valore economico
DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	10,08	rischio rilevante	utilizzo del sistema informatico per l'inserimento di tutti i pazienti che hanno richiesto intervento chirurgico	30/6/2016 da parte di tutte le articolazioni aziendali che effettuano attività chirurgica
	Prestazioni non eseguibili presso l'IRCCS	Scelta discrezionale dei laboratori e delle strutture a cui richiedere prestazioni/consulenze non eseguibili all'interno dell'Istituto per vantaggi personali	9,17	rischio rilevante	Revisione della procedura	30/09/2016
					Audit di verifica di applicazione della procedura	31/12/2016
	gestione dei rifiuti sanitari	mancato riscontro dei quantitativi pagati (mancata pesatura) per vantaggi personali	6,4	rischio rilevante	revisione della procedura con l'inserimento di appositi indicatori anticorruzione (pesatura rifiuti in uscita e confronto peso uscito/ peso pagato)	formalizzazione della procedura entro il 31/03/2016 e audit di verifica dell'applicazione entro il 31/12/2016
	sorveglianza sanitaria	elevata discrezionalità del Medico Competente per vantaggi personali	2,5	rischio accettabile	rotazione dei medici effettuata grazie a consulenza passiva da altra azienda. Relazione finale.	31/12/2016
CUP E ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA	Incasso di prestazioni sanitarie ambulatoriali, di libera professione ed economali	Ammanchi di cassa per vantaggi personali	4,75	rischio basso	Controllo giornaliero di cassa così come previsto nella procedura, che viene periodicamente aggiornata.	Procedura aggiornata entro il 31/03/16 e verifica tramite audit delle misure già individuate ed applicate entro il 31/12/2016

ALLEGATO 3 - REGISTRO DEI RISCHI 2016

STRUTTURA	ATTIVITA'	RISCHIO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	
	Descrizione dell'attività	Descrizione rischio (individuare almeno un rischio per attività)	valore ottenuto	Scala di valutazione del rischio	Descrizione della misura	Tempistica di realizzazione
	Prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali istituzionali e di libera professione	Impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità per vantaggi personali	3,16	rischio basso	Procedura esistente va aggiornata prevedendo la divulgazione periodica di reportistica di rilevazione dei tempi di attesa, della % di prenotato su erogato e del rapporto tra libera professione e attività istituzionale	Procedura aggiornata entro il 31/03/16, e verifica tramite audit dell'applicazione entro il 31/12/2016
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione dei reclami e delle segnalazioni	Ritardo dell'inizio del processo con il rischio di inficiare tutte le fasi vincolate da una tempistica puntuale per vantaggi personali	2,92	rischio accettabile	Revisione della procedura già esistente, invio della reportistica semestrale e annuale al responsabile dell'anticorruzione e invio tempestivo al RPC di ogni segnalazione/ reclamo avente contenuti riconducibili ad atti o fatti da cui possa evicersi uno scorretto esercizio delle funzioni pubbliche	31/12/2016
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	Infortunio sul lavoro	artificiosa valutazione dell'accadimento dell'infortunio , per vantaggi personali, durante l'indagine interna eseguita dal SPPA a seguito della soppressione della tenuta del registro infortuni (D. Lgs. 151/2015)	7,5	rischio rilevante	Formalizzazione di una procedura per la raccolta delle informazioni inerenti l'avvenimento degli infortuni (da una giornata di prognosi in poi)	30/09/2016
UFFICIO FORMAZIONE	Partecipazione dei dipendenti ad iniziative formative sostenute da sponsor	Interferenza nei contenuti tecnico-scientifici derivante da attività promozionali per vantaggi personali	3,75	rischio basso	Revisione di procedura organizzativa/Istruzione operativa con idonei indicatori, coerente con il relativo regolamento aziendale.	31/12/2016

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIANLUIGI SCANNAPIECO

CODICE FISCALE: SCNGLG57M16L049L

DATA FIRMA: 29/01/2016 11:25:05

IMPRONTA: 1BBB4F95C8CAE32313912A60AACC707E57B3D052CE6FB53D9A5029509A1D04E7
57B3D052CE6FB53D9A5029509A1D04E7E2587721246FB63D7A0C8298B7634ED2
E2587721246FB63D7A0C8298B7634ED2A0869FA507D295AC488332267D69B19A
A0869FA507D295AC488332267D69B19A58B0EFDCCB7960CDBD2C88532B96BD25