



PIAO 2024-2026

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori

via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Sommario

Premessa	2
Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto	3
Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	4
2.1 Valore pubblico.....	4
2.1.1 Obiettivi generali e specifici.....	5
2.1.2 Accessibilità	6
2.1.3 Semplificazione e Digitalizzazione	7
<u>2.2 il Piano della Performance.....</u>	<u>11</u>
<u>2.3 rischi corruttivi e trasparenza</u>	<u>18</u>
2.3.1 Contesto esterno	18
2.3.2 Contesto interno.....	21
2.3.3 Mappatura dei processi	26
2.3.4 Rischi corruttivi potenziali e concreti	25
2.3.5 Trattamento del rischio	25
2.3.6 Monitoraggio delle misure anticorruzione	25
2.3.7 Il Comitato Coordinamento Controlli Interni (CCCI).....	26
2.3.8 Trasparenza	27
Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano	29
3.1 Struttura organizzativa	29
3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale	37
3.2.1 Consistenza del personale al 31.12.2023.....	38
3.2.2 Programmazione strategica 2023	38
3.2.3 Il Piano Triennale 2024-2026	43
3.2.4 Copertura del fabbisogno	45
3.3 Formazione del personale	46
3.4 Piano delle azioni positive	50
3.5 Organizzazione del lavoro agile	52
Sezione 4: Monitoraggio	53
<u>4.1 I sistemi di monitoraggio e verifica</u>	<u>55</u>
4.1.1 Il monitoraggio del valore pubblico e della performance.....	55
<u>4.2 Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della Trasparenza</u>	<u>57</u>
4.3 Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano.....	55
Contesto normativo	57



Premessa

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** è, da una parte, un **documento identificativo** dell'Istituto, da compilare con tutte le informazioni essenziali riguardanti la sua struttura e l'identità, dall'altra, è un **documento programmatico** che assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e che contiene i seguenti piani: piano triennale dei fabbisogni del personale, piano delle performance, piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, piano di organizzazione del Lavoro Agile e piano triennale delle azioni positive.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente.

Il PIAO è stato introdotto dal D.L. n.80 del 9 giugno 2021; tale quadro normativo è stato completato dal:

- DPR 81/2022 che individua gli adempimenti assorbiti dal PIAO: piano dei fabbisogni di personale; piano della performance; piano di prevenzione della corruzione; piano organizzativo del lavoro agile; piani di azioni positive.
- DM 24 giugno 2022 che definisce il contenuto del PIAO e fornisce lo schema di "piano-tipo" per le Amministrazioni pubbliche, con la guida alla compilazione allegata al decreto.

Il PIAO 2024-2026 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (da ora in poi "Istituto") declina in modo sintetico, integrato e coordinato i seguenti Piani e i Documenti adottati dall'Istituto, nel rispetto delle direttive regionali e nazionali:

- a) **Piano della Performance**; è il documento di programmazione triennale che ha lo scopo di definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Istituto, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.
- b) **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**; è il documento di natura "programmatoria" con cui l'Istituto individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio.
- c) **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)**; definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e del turn-over del personale dipendente nel prossimo triennio.
- d) **Piano della Formazione**; individua, nell'ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale e gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali.
- e) **Documento di Organizzazione del Lavoro Agile**; stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.
- f) **Piano Triennale delle Azioni Positive**; ha lo scopo di individuare misure specifiche per eliminare in Istituto le forme di eventuale discriminazione rilevate che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

I Piani e i Documenti succitati sono adottati dagli organi di governo dell'Istituto, i cui provvedimenti e la documentazione relativa, nonché gli allegati di dettaglio, sono pubblicati e disponibili per la consultazione agli atti d'ufficio, in base alle regole della Trasparenza.

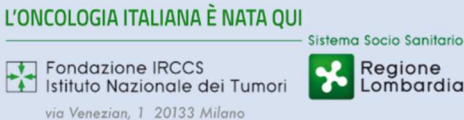
Il PIAO 2024-2026, infine, ricomprende anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.



Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto

La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori (da ora in poi Istituto)** è Ente di diritto pubblico, di rilevanza nazionale dotato di personalità giuridica, avente piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Fondazione non ha scopo di lucro e ha durata illimitata.

IDENTITÀ

Denominazione	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Fondatori	Ministero della Salute, Regione Lombardia, Comune di Milano
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sede legale	Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Sedi operative	Istituto Nazionale Tumori – Via Venezian 1, 20133 Milano Amadeo Lab - Via Amadeo 42, 20133 Milano Campus Cascina Rosa - Via Vanzetti 5, 20133 Milano Corso di Laurea in Infermieristica - Via Ponzio 46, 20133 Milano
Codice Fiscale	80018230153
Partita IVA	04376350155
Sito web	www.istitutotumori.mi.it
Disciplina giuridica	Legge n. 3 del 16.01.2003; D.Lgs. n. 288 del 16.10.2003; D.Lgs. n. 200 del 23.12.2022; Statuto Delibera CdA n. 42F del 17.11.2022
Logo	

ORGANIZZAZIONE

Presidente	Marco Votta
Consiglio di Amministrazione (CdA)	Alberto Bertagna; Roberto Comazzi; Rosaria Iardino; Paola Panzeri; Gianluca Rossi; Roberto Satolli;
Direzione Strategica	Carlo Nicora (<i>Dir. Gen.</i>); Giovanni Apolone (<i>Dir. Sc.</i>); Antonio Triarico (<i>Dir. San.</i>); Maurizia Ficarelli (<i>Dir. Amm.</i>)
Dipartimenti	n. 7 -----> 4 sanitari, 2 di ricerca, 1 amministrativo
Strutture Complesse	n. 44 -----> 27 sanitarie, 5 di ricerca, 6 di staff, 6 amministrative
Strutture Semplici Dipartimentali	n. 18 -----> 11 sanitarie, 7 di ricerca
Strutture Semplici	n. 44 -----> 29 sanitarie, 6 di ricerca, 9 di staff

DIMENSIONE

Personale (<i>dotazione organica 01.01.2024</i>)	1.831 dipendenti (1.590 ospedale; 241 ricerca)
Produzione ospedaliera (<i>31.12.23</i>)	11.569 ricoveri ordinari (di cui trapianti 141); 5.069 accessi day hospital 1.267.747 prestazioni ambulatoriali;
Posti letto accreditati	462 posti letto accreditati
Sale Operatorie	12 sale operatorie; 1 sala procedura anestesilogica;
Ambulatori	140 ambulatori per visite, prelievi e diagnostica
Produzione scientifica	846 studi clinici; 807 pubblicazioni;
Formazione	165 eventi con lo sviluppo di 301 edizioni
Valore Bilancio	338 milioni €
Patrimonio	Indisponibile (<i>fabbricati a fini istituzionali</i>) e disponibile (<i>fabbricati e terreni</i>)



Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Inaugurato nel 1928, l'Istituto fu uno dei primi tre ospedali in Italia ad essere ufficialmente riconosciuto come Istituto di Ricerca con Regio Decreto del 1938. Da questo momento, l'INT si è dedicato alla ricerca e alla cura della salute, divenendo protagonista di grandi traguardi clinici e sanitari e punto di riferimento nella ricerca oncologica. Ad oggi, l'Istituto si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza e l'integrazione tra la clinica e la ricerca costituisce un plusvalore che rende la Fondazione un Comprehensive Cancer Center. La reputazione di eccellenza è dovuta alla capacità di garantire ricerca di alta qualità e approcci di cura avanzata, caratterizzati da una costante attenzione per l'innovazione tecnologica.

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori rappresenta il primo centro oncologico in Lombardia e in Italia, il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa, nonché l'unico Centro per la cura dei tumori italiano ad essere autorizzato al trapianto di fegato.

L'importante storia, i numeri e i traguardi sin qui raggiunti devono spronare l'INT a migliorare i livelli qualitativi e a mantenere un ruolo di primo piano nella sanità regionale e nazionale e, tra gli IRCCS, nella ricerca nazionale e internazionale, a tutela della salute dei nostri pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

Il **valore pubblico** dell'Istituto trova la sua applicazione:

nella **MISSION**, che è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un'ottica di presa in carico globale e personalizzata. I valori ed i principi che ispirano e guidano gli operatori sono:

- centralità della persona assistita con presa in carico globale in tutte le fasi della malattia;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo un adeguato ed appropriato utilizzo delle migliori tecniche diagnostiche e cure sistemiche/ radioterapiche e una stretta e precoce integrazione con i percorsi nutrizionali e le cure palliative ("simultaneous care") - approccio multidisciplinare agli aspetti clinici - sviluppo della ricerca clinica e traslazionale con rapido trasferimento ai pazienti - valorizzazione delle risorse umane;
- implementazione delle collaborazioni nazionali e internazionali;
- formazione continua del personale sanitario.

nella **VISION**:

- che è, invece, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese. Il sistema stesso è orientato così al miglioramento continuo della qualità, per garantire al paziente una linea prestazionale sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l'accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane.

La Fondazione IRCCS di diritto pubblico si pone gli **obiettivi generali** di:

- perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- effettuare prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- svolgere altre attività aventi i caratteri di eccellenza;



traducendo il valore pubblico nelle seguenti aree di azioni concrete:

- nella definizione e nel raggiungimento di obiettivi specifici;
- nell'accessibilità digitale e fisica;
- nella semplificazione e nella digitalizzazione.

2.1.1 Obiettivi generali e specifici

L'INT definisce i propri obiettivi individuando gli indicatori che consentono, al termine di ogni anno, di misurare e valutare il livello di performance raggiunto. A tal fine, sono stati identificati tre ambiti di performance che raccontano l'amministrazione:

1. Programmi strategici: Quali sono le priorità strategiche dell'Istituto Nazionale dei Tumori e in che modo tali priorità si articolano in programmi strategici?

2. Attività e servizi: Qual è lo stock di attività e servizi che l'Istituto Nazionale dei Tumori mette a disposizione di cittadini e utenti?

3. Stato di Salute: L'Istituto Nazionale dei Tumori è in grado di svolgere le sue attività garantendo un utilizzo equilibrato delle risorse, lo sviluppo dell'organizzazione e delle relazioni con cittadini, utenti e altri portatori di interesse?



L'INT identifica, per ciascun obiettivo, una scheda (indicate nel Piano delle Performance approvato) che riassume le principali caratteristiche dell'obiettivo stesso e definisce gli indicatori sulla base dei quali avvengono la misurazione e la valutazione dell'effettivo raggiungimento dei risultati attesi.

- **Programmi strategici:** le schede obiettivo forniscono una breve descrizione del programma, articolano le fasi di svolgimento ed elencano una selezione di indicatori che servono a monitorare lo stato di attuazione. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e i target attesi per il triennio 2024-2026.
- **Attività e servizi:** le schede obiettivo forniscono una breve descrizione di ciò che INT intende realizzare e/o mantenere. Alla descrizione seguono una serie di indicatori raggruppati in quattro dimensioni: quantità, qualità, efficienza ed efficacia, anche secondo indicazioni regionali da DGR 351/2010. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e il target 2024-2026.
- **Stati di salute:** le schede obiettivo descrivono l'ambito a cui si rivolgono (finanziaria, organizzativa, delle relazioni) e forniscono una serie di indicatori attraverso i quali vengono misurate le diverse dimensioni in cui si articola ogni stato di salute. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e il target 2024-2026.

Gli obiettivi specifici di programmazione triennale, integrati tra Assistenza e Ricerca, si sviluppano su grandi temi che l'INT intende affrontare e consolidare attraverso la gestione e l'organizzazione e che, in sintesi, sono:

- ◆ Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente
- ◆ Sviluppo della rete d'offerta
- ◆ Ricerca clinica e la ricerca di base
- ◆ Epidemiologia e Data Science
- ◆ Innovazione tecnologica, organizzativa, professionale e della conoscenza
- ◆ Ospedale oncologico (hub)
- ◆ Cura e ricerca di genere
- ◆ Bambini e patologia oncologica



- ◆ Trapianti
- ◆ Terapie innovative
- ◆ Ricerca di base, preclinica, traslazionale e clinica
- ◆ Ricerca epidemiologica e data science
- ◆ Ricerca sulla qualità della vita dei pazienti oncologici.

2.1.2 Accessibilità

In attuazione della Legge n. 4 del 9 gennaio 2004, della Direttiva UE 2016/2102 e del D.Lgs n. 106 del 10 agosto 2018 avente ad oggetto "Riforma dell'attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici", AgID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Accessibilità Digitale

Per "accessibilità digitale" si intende l'impiego di tecnologie digitali per garantire l'accesso ai servizi sanitari a un ampio spettro di utenti, concentrandosi specialmente sugli individui di età superiore ai 65 anni e su coloro che presentano disabilità. L'obiettivo principale dei servizi di sanità digitale è quello di rendere l'assistenza sanitaria più efficiente, accessibile e personalizzata per i pazienti.

Tra le soluzioni principali che l'INT ha applicato, e che intende potenziare nel triennio 2024-2026, per permettere all'utente di compiere in autonomia numerose operazioni (prenotazione dell'accesso alla struttura, self-accettazioni, pagamenti on line, accesso ai propri documenti e referti, ecc.), si evidenziano:

- **"Eliminacode"**: un'applicazione con cui è possibile prenotare il prelievo per esami ematici. Il servizio è stato attivato per ridurre significativamente i tempi di attesa, evitando eventuali assembramenti, nonché per facilitare il rapporto con i cittadini, offrendo nuovi canali d'accesso ai servizi amministrativi in modo più semplice, veloce ed intuitivo
- **il portale www.istitutotumori.mi.it**: attraverso cui, nella sezione "MyPage", è possibile accedere in modalità online ad alcuni servizi della Fondazione e, nello specifico:
 - visualizzare e scaricare i propri referti (ad eccezione di quelli di Anatomia Patologica) e le immagini di diagnostica degli ultimi 45 giorni come previsto dalle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali;
 - visualizzare la documentazione amministrativa relativa a prestazioni effettuate;
 - compilare uno spazio note riservato (Taccuino).
- **Fascicolo Sanitario Elettronico**: per i residenti in Lombardia è possibile consultare online il proprio referto, utilizzando lo SPID con esonero dal pagamento previsto in caso di mancato ritiro referto entro i 30 giorni dalla data indicata sul modulo.
- **Posta elettronica**: per i pazienti che non risiedono in Lombardia, è possibile ricevere i referti (ad eccezione di quelli genetici) per posta elettronica. La richiesta deve essere rivolta allo Specialista di riferimento in Istituto, che registra il consenso e l'indirizzo e-mail a cui inviare il referto. Nel rispetto della protezione dei dati, per prevenire l'acquisizione di dati da parte di altri soggetti, il referto è trasmesso in forma non leggibile (crittografato) ed è comunicata telefonicamente la password per aprire il file.
- **Totem**: Al fine di ottimizzare l'efficienza del processo di registrazione e accettazione, migliorare l'esperienza del paziente e ridurre il carico di lavoro amministrativo per il personale dell'Istituto, sono stati installati, presso l'Area Accoglienza, nell'atrio della Fondazione, n.5 totem con i quali è possibile stampare i Referti di esami di Laboratorio e quelli di Diagnostica per Immagini, oltre a poter effettuare



self-accettazioni e pagamenti tramite PagoPA. Si prevede, inoltre, l'installazione di ulteriori totem eliminacode presso la ssd Day Surgery per ottimizzarne il percorso di accoglienza.

Accessibilità fisica

Per quanto riguarda, invece, l'accessibilità fisica, l'Istituto offre diversi punti informativi: Portineria, aperta 24 ore tutti i giorni dell'anno, il Banco Informazioni dei volontari della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Istituto riserva una particolare attenzione ai pazienti che presentano problematiche sensoriali, di comunicazione o di mobilità, facilitandone l'accesso e le cure mediante:

- assistenza protetta: attraverso cui l'accompagnatore può affidare il paziente con difficoltà motorie o sensoriali anche temporanee ai volontari della LILT mentre si reca a parcheggiare l'auto;
- la possibilità, per i pazienti con disabilità uditive, di attivare, su richiesta del Servizio Sociale della Fondazione, un interprete in grado di tradurre le conversazioni con la lingua italiana dei segni (LIS), permettendo un ottimale dialogo fra i clinici e i pazienti.

Per ulteriori dettagli in merito agli interventi dell'INT in materia di semplificazione e digitalizzazione della Fondazione si rimanda al successivo paragrafo 2.1.3.

Azioni	2024	2025	2026
App "Elimina Code"	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Portale istituzionale	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Fascicolo Sanitario Elettronico	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Posta elettronica	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Totem	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Assistenza protetta	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

2.1.3 Semplificazione e Digitalizzazione

Semplificazione

L'Agenda per la semplificazione per la ripresa 2020-2026, adottata nel 2020 e aggiornata a marzo 2022 in linea con gli interventi del PNRR, ha delineato diverse azioni volte a ridurre gli adempimenti burocratici e le incombenze amministrative, in modo da rendere la Pubblica Amministrazione più semplice, veloce e vicina ai cittadini.

L'Istituto, applicando tali propositi al contesto sanitario, ha adottato le misure di seguito elencate al fine di perseguire gli obiettivi delineati nell'Agenda per la semplificazione:

- *Digitalizzazione dei processi*: nel corso del 2023, la Fondazione ha dedicato particolare attenzione alla promozione e all'adozione delle tecnologie digitali, come la firma elettronica e la trasmissione digitale dei documenti, al fine di semplificare e ridurre gli oneri amministrativi per il proprio personale. Per l'anno 2024, l'obiettivo dell'INT sarà quello di espandere l'ampia gamma dei servizi digitali offerti e di incrementare ulteriormente l'utilizzo di strumenti informatici, con lo scopo primario di minimizzare l'utilizzo di supporti cartacei al livello strettamente necessario.
- *Semplificazione delle procedure*: in ambito amministrativo, l'Istituto, nel 2023, ha raggiunto l'obiettivo di automatizzare la pubblicazione dei provvedimenti amministrativi sull'albo pretorio, garantendo un



accesso più funzionale ed intuitivo a tutti gli atti pubblici. Per il prossimo anno, sono previste le seguenti novità:

- rinnovamento della intranet aziendale, oggi rivolta in particolare alla comunicazione interna, alla condivisione di documentazione ed all'accesso ai servizi per i dipendenti. L'aggiornamento, nel rispetto delle linee guida sull'accessibilità dei siti pubblicate da AgID, prevede la profilazione dei diversi settori ed utenti per la pubblicazione diretta ed aggiornata di informazioni e notizie,
 - informatizzazione della richiesta di autorizzazione al pagamento delle ore di lavoro straordinario svolto dai dipendenti nell'arco del mese di riferimento. Per avanzare tale richiesta, ad oggi, persiste in Istituto l'impiego di moduli cartacei,
 - estensione delle turnistica informatizzata anche in ambito medico per la reperibilità e l'attività ambulatoriale,
- *Riduzione delle file*: in ambito sanitario, tra gli interventi che l'Istituto sta mettendo a punto per migliorare l'organizzazione degli ambulatori rientra lo sviluppo di sistemi di re-call per permettere la prenotazione di prestazioni in regime di Libera Professione e, tramite sms, per ricordare ai pazienti l'appuntamento, nonché l'attivazione di una casella di posta elettronica per segnalare eventuali disdette.
- Per prenotazioni effettuate con qualsiasi canale (sportello, telefono, Call Center Regionale) è inoltre previsto l'invio email al paziente con promemoria prenotazione, modulo PagoPa per pagamento della prestazione/visita, eventuali note di preparazione, ricevute/fatture, nonché l'attivazione di servizi remoti per il cittadino con accesso tramite SPID o CIE a piattaforme per:
- download di documentazione sanitaria
 - iscrizione a concorsi pubblici
 - Telemedicina
- *Collaborazione* con altri enti pubblici e privati: l'Istituto dedica particolare attenzione all'aspetto collaborativo, perché ritiene che la cooperazione tra enti sia essenziale per la riduzione della duplicazione di lavoro. A dimostrazione di ciò, si riporta che l'Istituto, ad esempio, lato amministrativo, ha partecipato a numerose gare aggregate con altri istituti che si sono rivelate essenziali per un utilizzo più efficiente delle risorse e, lato ricerca scientifica, ha dedicato la struttura semplice Trasferimento Tecnologico (TTO) alla partecipazione, costituzione e consolidamento dei rapporti con associazioni, consorzi, società e altri organismi pubblici e privati, correlati all'attività di ricerca scientifica che si svolge presso la Fondazione.

Azioni	2024	2025	2026
Digitalizzazione dei processi	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Semplificazione delle procedure	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Riduzione delle file	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Collaborazione con altri enti	Mantenimento	Miglioramento	A regime

Digitalizzazione

L'Agenda digitale italiana è un programma di governo nazionale che ha l'obiettivo di promuovere l'adozione e l'utilizzo delle tecnologie digitali. L'Agenda mira a migliorare la competitività del paese attraverso la creazione di infrastrutture e servizi digitali, la promozione dell'innovazione, la formazione e l'educazione digitale, nonché a rendere i servizi pubblici più facilmente accessibili per i cittadini e più efficienti, attraverso progetti per diverse aree come la banda larga, la sicurezza informatica, l'e-government e l'e-health.

La Fondazione, per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda digitale italiana e del PNRR (Missione 6 "Salute") ha messo in atto diverse azioni che mirano a favorire la ricerca e l'innovazione nel campo della sanità digitale:



- **Adozione di sistemi informatici:** la Fondazione favorisce l'utilizzo di sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari, la prenotazione di appuntamenti, la gestione delle cartelle cliniche e la comunicazione con i pazienti, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure. Per quanto riguarda il personale interno, è prevista l'adozione di un'applicazione innovativa che consentirà di accedere al sistema *MyAliseo* direttamente tramite dispositivi mobili.

- **Telemedicina:** consiste nell'utilizzo di tecnologie informatiche e telematiche per fornire assistenza sanitaria a distanza, attività che può includere la comunicazione tra medici e pazienti, la diagnostica a distanza e la gestione dei dati sanitari.

Tra i progetti più rilevanti in materia vale la pena citare il progetto "FIT2FIGHT – Tele-prehabilitation come strumento di empowerment del paziente chirurgico oncologico", selezionato tra i finalisti dell'evento Lean Healthcare e Lifescience Award 2023 che si è tenuto il 16 novembre presso il Palazzo delle Esposizioni a Roma: il progetto mira ad introdurre la prehabilitation all'interno della pratica clinica per i pazienti oncologici attraverso programmi personalizzati che prevedono una combinazione di esercizi fisici e/o aerobici eseguibili a domicilio. Il tutto viene gestito con la piattaforma di Telemedicina dell'Istituto attraverso un diario digitale personale e l'integrazione con dispositivi wearable di tipo smartwatch.

L'obiettivo per i prossimi anni è quello di sviluppare nuove modalità di erogazione delle visite specialistiche a distanza che possono sostituire la visita in presenza in alcuni momenti del percorso di cura dei pazienti, nonché di progettare nuovi processi per "mettersi in rete" con l'esterno al fine di attivare nuovi canali di accesso e collaborazione.

- **Gestione dei dati:** l'Istituto ha messo a punto un sistema di raccolta di informazioni sui pazienti e sul loro stato di salute, che può essere utilizzato per identificare tendenze e modelli, identificare aree di miglioramento e prendere decisioni cliniche più informate.
- **Formazione:** la Fondazione ha, nel 2023, reso obbligatorio per i dipendenti la prosecuzione del corso sviluppato dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione denominato "Syllabus per le competenze digitali per la PA". Il Syllabus è il documento che descrive l'insieme minimo delle conoscenze e delle abilità che ogni dipendente pubblico dovrebbe possedere e il suo obiettivo generale è fare in modo che tutti i dipendenti pubblici siano in grado di operare attivamente in modo sicuro, collaborativo e orientato al risultato all'interno di una pubblica amministrazione sempre più digitale. Al fine di consolidare ancora di più le competenze digitali apprese e di acquisirne di nuove, l'Istituto ha, per il 2024, in programma ulteriori corsi di formazione digitale per il personale sanitario e amministrativo, sia organizzati internamente sia permettendone la frequentazione all'esterno, in modo che i benefici della tecnologia digitale siano compresi e utilizzati in modo efficace.

Azioni	2024	2025	2026
Adozione di sistemi informatici	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Telemedicina	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Gestione dei dati	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Formazione	Mantenimento	Miglioramento	Miglioramento



2.2. Il Piano della Performance

I contenuti della presente sezione del PIAO analizzano le tematiche relative al Piano della Performance, per le quali si rimanda al vigente, consultabile al seguente link: <https://www.istitutotumori.mi.it/web/guest/piano-della-performance>

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150, dalle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde".

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori ha scelto di traslare nel presente PIAO tale documento contenente i suoi indirizzi e i suoi obiettivi strategici e operativi.

Per ciascuno di tali obiettivi sono stati selezionati indicatori utili alla misurazione e alla valutazione della performance dell'amministrazione. La lettura dell'insieme di tali indicatori fornisce un quadro di come l'Istituto intende operare per i suoi cittadini e per coloro che usufruiscono dei suoi servizi.

Di seguito si propone una sintesi dei temi che l'INT intende affrontare e che sono presentati nelle linee di mandato 2024-2026:

1) L'ISTITUTO E LA PRODUZIONE:

RICOVERI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	2022	2023	Target 2024-2026
Ricoveri DO	10.558	11.120	Mantenimento
Ricoveri DH	4.457	4.833	Mantenimento
Totale complessivo	15.015	15.953	

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	2022	2023	Target 2024-2026
Visite	142.493	149.546	Mantenimento
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	81.647	109.245	Mantenimento
Prestazioni di Laboratorio	807.828	881.229	Mantenimento
Prestazioni di Radioterapia	12.419	8.197	Mantenimento
Visite multidisciplinari e consulenze	3.763	4.220	Miglioramento
Altre prestazioni	167.839	115.301	Mantenimento
Totale complessivo	1.215.989	1.267.738	

**2) L'ISTITUTO E LA QUALITÀ: miglioramento continuo delle qualità e della sicurezza del paziente.**

Obiettivo di quest'area strategica è il raggiungimento e il costante monitoraggio di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico:

- Piano integrato di audit interno della qualità e sicurezza del paziente: la qualità assistenziale è monitorata tramite audit interni che considerano aspetti organizzativi, dati dalla norma UNI EN ISO 9001: 2015. Questi requisiti possono essere integrati dai riferimenti per la sicurezza dei pazienti, considerando i percorsi diagnostici terapeutici – PDT di patologia

Indicatori di risultato	Formula	2023	2024	2025	2026
a) % formazione degli auditor interni = 100%% nel 2023	n. auditor formati/ n. auditor totali	n.18 auditor formati/n. 18 totale auditor = 100%			
b) Almeno il 75% di audit <i>tracer</i> integrati qualità e sicurezza nel piano di audit interno 2023 e 2024	n. audit tracer integrati qualità e sicurezza paziente/ n. audit tacer	n. 3 tracer integrati QeSP/ n. 4 tracer nel piano = 75%	75%		
c) Almeno il 90% di audit <i>tracer</i> integrati qualità e sicurezza nei piani annuali di audit interno 2025 e 2026	n. audit tracer integrati qualità e sicurezza paziente/ n. audit tacer			90%	90%

- Implementazione del cruscotto clinico assistenziale nel percorso chirurgico: creazione di un cruscotto di indicatori clinico-assistenziali, centralizzato e customizzato sulle esigenze peculiari delle unità di degenza afferenti al dipartimento di chirurgia

Indicatori di risultato	Formula	2023	2024	2025	2026
a) Project work	Approvazione della Direzione strategica	Presente			
b) Cruscotto clinico assistenziale di patologia disponibile per la s.c. chirurgia colo-rettale (CCR)	Reportistica con analisi degli indicatori del cruscotto		Presente		
c) Cruscotto clinico assistenziale almeno per il 40% delle strutture				40%	80%



chirurgiche nel 2025 e 80%
nel 2026

3) L'ISTITUTO E LA CURA DEI PAZIENTI: lo sviluppo della rete d'offerta.

L'innovazione applicata alla diagnosi e cura dei tumori ha modificato, da un lato, il modello di cura sempre più personalizzato e multidisciplinare, dall'altro, gli esiti dei trattamenti, tra cui la lunga sopravvivenza da gestire in modo simile alla cronicità.

La strutturazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che integrano, oltre alle discipline, l'offerta di cura di altre Istituzioni e del territorio, rappresenta la priorità di sviluppo organizzativo per la presa in carico globale del paziente, a garanzia dell'accessibilità e appropriatezza delle cure:

- Attività diagnostica multidisciplinare;
- Revisione dei percorsi di accesso e accoglienza.

Fasi	2022	2023	2024	2025	2026
Potenziamento degli strumenti digitali rivolti al paziente di orientamento e accessibilità ai servizi (totem self-service, portale istituzionale e MyPage)					
Avvio di servizi di Telemedicina per migliorare i percorsi di cura e facilitare l'accessibilità					

4) L'ISTITUTO EFFICIENTE: il sistema di Governance dell'Istituto.

Il Presidente, rappresentante legale, presiede il Consiglio di Amministrazione che ha compiti di indirizzo e controllo, di amministrazione del patrimonio e di declinazione delle strategie complessive dell'Ente, anche nei rapporti con il mondo universitario e con gli stakeholders. Il Direttore Generale ha responsabilità tecnica e finanziaria della gestione dell'Istituto, mentre il Direttore Scientifico coordina l'attività di ricerca, operando nell'ambito del budget condiviso con il Direttore Generale e assegnatogli dal CdA.

Obiettivi di quest'area strategica sono:

- rafforzare ulteriormente il controllo sulla effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e promozione della legalità e della trasparenza previste nel PTPCT 2023-2025 della Fondazione;
- Ammodernamento tecnologico e strutturale (con l'obiettivo di realizzare le opere previste nel Piano Investimenti).



Obiettivo	Formula	%	2024	Target 2024/2026
Implementazione e rafforzamento delle misure specifiche previste nel PIAO 2024/2026 sia per quanto riguarda la prevenzione della corruzione che per quanto riguarda gli adempimenti in materia di trasparenza.	Numero delle misure di prevenzione la cui attuazione è stata effettivamente portata a termine entro l'anno / numero complessivo delle misure il cui completamento è previsto entro il 31.12.2026.	%	98%	100%

Contratti pubblici: PNRR e PNC (grandi macchinari)

Fasi	2023	2024	2025	2026
1) TAC 128 strati n.1 (PNRR)				
2) TAC 128 strati n. 2 (PNRR)				
3) RMN 1,5T n.1 (PNRR)				
4) RMN 1,5T n.1 (PNRR)				
5) Acceleratore lineare (PNRR)				
6) Gamma camera (PNRR)				
7) Mammografo (PNRR)				
8) Ortopantomografo (PNRR)				
9) Sistema polifunzionale per radiologia digitale (PNRR)				

5) INT E LA RICERCA – INNOVAZIONE: la ricerca clinica e la ricerca di base.

La ricerca svolta dall'INT interessa tutti i momenti cruciali del *patient journey*: prevenzione primaria, secondaria, stadiazione, terapia farmacologica e non, sorveglianza post cure primarie, cure palliative e di fine vita:

- **Linea 1- Prevenzione:** programmi e ricerche per la prevenzione primaria, secondaria e la diagnosi precoce.

Indicatore	Formula	2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
Pazienti arruolati in programmi di prevenzione	n° pazienti arruolati in programmi di prevenzione	n° 16.213	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2023	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2024	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2025

Pubblicazioni scientifiche	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	300 (+47 rispetto al 2022)	Mantenimento +/- 10% rispetto al 2023	Mantenimento +/- 10% rispetto al 2024	Mantenimento +/- 10% rispetto al 2025
Eventi formativi	N° eventi formativi nell'anno	n°	1	1	1	1

- **Linea 2- Medicina di precisione:** l'obiettivo è quello di personalizzare e orientare le decisioni mediche, applicare strategie diagnostiche e terapeutiche innovative e valutarne l'efficacia, le ricadute sociosanitarie e il valore in termini di utilità e costo-efficacia.

Indicatore	Formula		Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
Studi clinici di fase I-II e con terapie avanzate rispetto al totale degli studi di intervento farmacologico	Numero studi di fase I,I-II e II sul totale degli studi di intervento	%	58%	Mantenimento +/- 5% rispetto al 2023	Mantenimento +/- 10% rispetto al 2024	Mantenimento +/- 10% rispetto al 2025
Pubblicazioni scientifiche relative alla linea	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	280 (+31 rispetto al 2022)	Mantenimento +/- 5 rispetto al 2023	Mantenimento +/- 5 Rispetto al 2024	Mantenimento +/- 5 Rispetto al 2025
Implementazione della cartella clinica elettronica e di un Datawarehouse clinico-scientifico	Incremento % dei campi compilati nel DWH	%	+1%	+5% rispetto al 2023	+5% rispetto al 2024	+5% rispetto al 2025

- **Linea 3- Innovazione:** l'obiettivo è lo sviluppo e l'attuazione di programmi e interventi per l'internalizzazione e la cooperazione nella ricerca biomedica.

Indicatore	Formula		2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
Progetti presentati in ambito internazionale	Incremento %	%	5%	6%	7%	7%
Collaborazioni e partnership scientifiche	Numero collaborazioni e partnership scientifiche	n°	37	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	N° Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	n°	3	//	//	//
Attività di formazione e disseminazione dei risultati nell'ambito di consorzi e collaborazioni internazionali	Numero attività	n°	4	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento



6) LA SALUTE FINANZIARIA DELL'ISTITUTO

Verso un rafforzamento dell'equilibrio economico: l'obiettivo dell'Istituto è quello di migliorare l'equilibrio economico-finanziario contenendo il debito a parità di servizi erogati.

Economico gestionale	Indicatore	Formula		2021	2022	2023	Target 2024-2026
	Incidenza costi diretti sanitari	Costi per beni e servizi/ Ricavi gestione caratteristica	%	69,71%	69,82%	71,41%	Mantenimento
		Farmaci ed emoderivati/Ricavi gestione caratteristica	%	40,51%	36,69%	37,89%	Mantenimento
		Presidi chirurgici e materiali sanitari /Ricavi gestione caratteristica	%	0,49%	0,47%	0,50%	Mantenimento
		Materiali protesici/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,48%	0,54%	0,31%	Mantenimento
	Incidenza costi diretti non sanitari	Acquisto beni non sanitari/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,32%	0,37%	0,37%	Mantenimento
		Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) / Ricavi gestione caratteristica	%	4,19%	4,39%	4,41%	Mantenimento
		Godimento beni di terzi/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,63%	0,68%	0,74%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Ricavi gestione caratteristica	%	114,64%	117,35%	119,55%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	%	104,91%	105,03%	104,24%	Mantenimento
		Ricavi Libera Professione	Ricavi LP/Ricavi gestione caratteristica	%	7,56%	8,11%	9,24%

Finanziari	Indicatore	Formula		2021	2022	2023	Target 2024-2026
	Indice secco di liquidità	Liquidità immediata/ debiti a brevissimo termine	%	34,37	42,53%	n/d	Mantenimento
	Indice di liquidità	Attivo circolante meno scorte/ Debiti a breve	%	290,85	166,98%	n/d	Mantenimento



Patrimoniali	Indicatore	Formula		2021	2022	2023	Target 2024-2026
	Elasticità dell'attivo	Attivo circolante/totale attivo	%	69,31	69,99%	n/d	Mantenimento
	Indebitamento	Debiti/Fonti di finanziamento	%	23,36	39,59%	n/d	Miglioramento
	Durata media dei debiti	Debiti verso fornitori / Fatture d'acquisto	gg	38,95	45,48	n/d	Mantenimento
	Giacenza media delle scorte	Rimanenze finali/fatture di vendita	%	4,83	3,72%	n/d	Mantenimento
	Durata media dei crediti	Crediti verso clienti/fatture di vendita	gg	53,23	47,27%	n/d	Mantenimento

2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

I contenuti della presente sezione del PIAO analizzano le tematiche relative a prevenzione della corruzione e trasparenza, per le quali si rimanda al Piano Triennale (PTPCT) vigente, consultabile al seguente link: <https://www.istitutotumori.mi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190 entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

Legalità e Integrità sono intese come attuazione del "principio democratico e dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Esse sono condizioni di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino" (D.Lgs. n. 33/2013.)

Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:

- un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC;
- la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Anticorruzione e trasparenza come dimensioni del valore pubblico

Le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica definiscono il valore pubblico in senso stretto come "il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica".

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce a una rinnovata sensibilità culturale in cui la "prevenzione e la trasparenza" devono essere intese non come oneri aggiuntivi all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma come valore aggiunto nel migliorare il funzionamento dell'ente, con la conseguente miglioria del servizio ai cittadini e alle imprese.



Con il PNA 2022 la stessa ANAC ha ribadito che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione.

In quest'ottica, per la sua natura trasversale, la prevenzione della corruzione crea valore pubblico tramite tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

La stessa qualità delle pubbliche amministrazioni è obiettivo trasversale, premessa generale per un buon funzionamento delle politiche pubbliche. Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico, anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

Integrazione e raccordo con il Piano Performance

Una integrazione degli strumenti di programmazione può realizzarsi in diversi modi, avendo tuttavia presente che, nel percorso avviato con l'introduzione del PIAO, va mantenuto il patrimonio di esperienze della Fondazione maturate nel tempo.

L'intento del legislatore è quello di evitare un'impostazione del PIAO quale mera giustapposizione di Piani assorbiti dal nuovo strumento, arrivando a una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA., in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione, assistiti da adeguate risorse, sia finanziarie che umane.

Il Piano della Performance definisce gli elementi fondamentali su cui si imposta la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

ANAC ha sottolineato la necessità di integrare il ciclo delle performance con gli strumenti e i processi relativi alla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.

A tal fine il Piano della Performance prevede tra i propri obiettivi anche quelli in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza assegnati al personale dirigenziale della Fondazione.

Pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni del presente PIAO, ad oggi gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale PTPCT e l'organo di indirizzo continua a programmare tali obiettivi all'interno del medesimo Piano.

A questo proposito, va senza dubbio valorizzato il lavoro che da tempo la Fondazione ha già svolto nella mappatura dei processi proprio per la elaborazione dei precedenti PTPCT e PIAO.

Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da potenziare, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità.

Obiettivi strategici

La prevenzione della corruzione si basa sostanzialmente su un modello di regolazione che prevede attività di pianificazione e controllo, con una programmazione "a cascata" che interessa tutti i livelli di governo e poggia su quattro principali strumenti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio.

Le finalità perseguite sono:

- ridurre le eventualità di manifestazione di casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.



Nell'ambito delle suddette finalità sono stati individuati dal Consiglio di Amministrazione specifici obiettivi strategici della Fondazione per il triennio 2024-2026, da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione:

- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare nel periodo di validità del PTPCT attraverso la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori previsti dal D.Lgs. n. 33/2013;
- promozione di iniziative di formazione (generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità.

Al fine di favorire ulteriormente la cultura della legalità, della correttezza e della trasparenza, annualmente sono assegnati specifici obiettivi, sia alla dirigenza che al personale del comparto della Fondazione, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, correlati agli obiettivi di performance aziendali.

Le finalità sono le seguenti:

- vigilare e attuare le misure di prevenzione di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste negli allegati 1 e 2 del presente Piano;
- partecipare alle iniziative di formazione;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti 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 di qualunque genere;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Obiettivi specifici

In ottica di pianificazione di specifici obiettivi legati alla prevenzione della corruzione e trasparenza nel triennio 2024/2026 si auspica siano realizzati:

- la revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- il miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- il miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- l'incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- il miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- la promozione di ulteriori strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (ad esempio costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale).

2.3.1 Contesto esterno

L'analisi del contesto restituisce all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione o ente opera.



Nell'ottica del legislatore, il PIAO diventa uno strumento strategico unitario e integrato; in questa visione l'analisi del contesto esterno (e interno) diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO stesso.

Ne risulta, in questo senso, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance, prevenzione della corruzione e governo del capitale umano.

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è, dunque, quella dell'analisi del contesto (esterno ed interno), attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno della Fondazione per via delle specificità dell'ambiente in cui esso opera in termini di strutture, rapporti con le altre realtà territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Il rischio corruzione connesso al contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di "evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento [...], sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni" (PNA 2016).

Sulla base delle indicazioni di ANAC e della letteratura sono state identificate cinque aree di rischio connesse al contesto esterno. Le prime quattro aree (Criminalità, Economia e mercato del lavoro, Efficienza delle PA, Demografia e società) sono strettamente connesse al territorio di riferimento alla Fondazione, mentre l'ultima area (Relazioni con enti esterni) considera i possibili rischi legati al rapporto con i portatori di interesse (stakeholders).

Per ciascuna area sono stati identificati degli indicatori che sono positivamente o negativamente correlati al fenomeno corruttivo (vedi tabella sotto riportata).

Una relazione positiva prevede che all'aumento di un determinato fattore (ad esempio: tasso di reati di peculato, malversazione, concussione, corruzione) sia correlato un aumento del rischio corruzione. Viceversa, una relazione negativa prevede che all'aumentare di un determinato fattore (ad esempio: numero di POS pro capite) sia associata una diminuzione del rischio corruzione. Di seguito, i principali indicatori scelti per ciascuna area verranno brevemente descritti in relazione alla loro connessione con il fenomeno corruttivo.

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
Criminalità	Tasso di procedimenti penali per delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di procedimenti penali per riciclaggio di denaro calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di riciclaggio di denaro per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di denunce per riciclaggio di denaro sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione per delinquere sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione di tipo mafioso sulla popolazione residente	Positiva
	Amministrazione comunale sciolta per infiltrazione mafiosa o numero di amministrazioni sciolte per infiltrazione mafiosa nella provincia	Positiva
	Tasso di denunce sulla popolazione residente	Positiva
Perdita di gettito fiscale (Tax gap – misura di evasione fiscale)	Positiva	

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
Economia e mercato del lavoro	Percentuale transazioni in contante sul totale delle transazioni	Positiva
	Numero di terminali POS pro capite	Negativa
	Numero di segnalazioni di transazioni sospette	Positiva
	Valore aggiunto pro capite	Negativa
	Prodotto interno lordo pro capite	Negativa
	Spesa socio-sanitaria sul totale della spesa pubblica provinciale/regionale	Negativa
	Indice di equilibrio economico generale	Negativa
	Tasso di imprese attive sul totale delle imprese	Negativa
	Tasso di mortalità aziendale (rapporto tra il numero di imprese cessate nell'anno e la popolazione di imprese nate/attive nell'anno)	Positiva
	Tasso di disoccupazione	Positiva
Efficienza delle PA	Indice di ricambio delle risorse umane o turnover delle risorse umane	Negativa
	Tasso di pazienti che si curano in un'altra provincia	Positiva
	Indice sulla Qualità delle Istituzioni – Institutional Quality Index (IQI)	Negativa
Demografia e società	Indicatori sulla soddisfazione degli utenti di aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, policlinici e IRCCS	Negativa
	Percentuale di donne attive sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Tasso di femminilizzazione del personale	Negativa
	Numero di giovani (18-35) attivi sul mercato del lavoro sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Personale con meno di 35 anni di età sul totale del personale	Negativa
	Numero di persone attive sul mercato del lavoro con titolo di studio superiore sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
Relazioni con enti esterni	Personale laureato o con titolo superiore sul totale del personale	Negativa
	Sistema centralizzato di raccolta delle informazioni degli enti controllati	Negativa
	Presenza di un sistema di controllo sulle nomine negli enti controllati	Negativa
	Presenza di aziende sanzionate per corruzione tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse	Positiva
	Presenza di aziende collegate a persone politicamente esposte (PEP) tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse	Positiva

Fonte: Polis-Lombardia

Soggetti e ruoli

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e dell'illegalità, la Legge n. 190/2012, i PNA e i PTPCT hanno individuato i soggetti esterni all'amministrazione di riferimento.

A livello nazionale e regionale vengono individuati i seguenti soggetti:

- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione;
- ORAC: Organismo Regionale Anti Corruzione (Regione Lombardia);
- A.G.E.N.A.S. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali);
- Corte dei Conti, attraverso le proprie funzioni di controllo, contribuisce ad individuare misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi.
- Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione (istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013): elabora e adotta le linee di indirizzo in materia di prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione;
- Conferenza Unificata Stato-Regioni;
- Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Prefetto che, ai fini della predisposizione del piano della prevenzione della corruzione, fornisce, su richiesta, il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA.



Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

Particolarmente importante per l'Amministrazione è rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini e degli stakeholder (portatori di interessi) per poter effettuare scelte più consapevoli, corrette e mirate nello svolgimento dell'attività di aggiornamento del Piano.

Per soddisfare tale necessità è opportuno che la Fondazione raccolga i feedback dei cittadini e degli stakeholder circa il livello di utilizzo e di utilità dei dati pubblicati e i reclami su ritardi e inadempienze riscontrate ovvero sulla qualità delle informazioni pubblicate.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo della comunità e degli stakeholder, la Fondazione intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso:

modalità indirette:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- *customer satisfaction*: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente.
- da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività.

Modalità dirette:

- le osservazioni pervenute all'esito della pubblicazione del PTPCT in consultazione.

2.3.2 Contesto interno

Altro elemento fondamentale per la gestione del rischio è l'analisi del contesto interno che riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo.

Per contesto interno si intende l'ambiente interno nel quale l'organizzazione persegue i propri obiettivi. Esso è rappresentato da:

- struttura organizzativa, ruoli, responsabilità;
- attività, strategie, politiche, obiettivi;
- capacità, risorse e conoscenze (persone, processi, tecnologie);
- cultura dell'organizzazione.

L'analisi del contesto interno è basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi; essa tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura a rischio di corruzione.

Organizzazione

Il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Fondazione è l'organizzazione dipartimentale incentrata sulla flessibilità organizzativa e orientata alla creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'articolazione dipartimentale della Fondazione nell'assetto proposto con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), giusta D.G.R. N. XI/6811 del 2 agosto 2022 e approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 465DG del 16 settembre 2022 prevede la presenza di Dipartimenti Gestionali. Essi sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o



complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite.

Risultano inoltre presenti specifiche aree funzionali, che non costituiscono di per sé Dipartimenti, bensì aggregazioni di strutture a livello intra o interdipartimentale per il perseguimento di obiettivi e strategie diagnostico terapeutiche multidisciplinari.

L'organigramma, come meglio descritto nella parte introduttiva del presente PIAO, è disponibile sul sito internet istituzionale.

Rapporto di collaborazione con Università e Associazioni

Università: con DGR n. X/1563/2014, la Regione Lombardia ha deliberato di integrare il Polo universitario centrale individuato per l'Università degli Studi di Milano con l'inserimento della Fondazione quale Istituto di riferimento per l'oncologia.

La relativa Convenzione ha lo scopo di regolamentare gli aspetti gestionali ed organizzativi per lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche dei corsi di studio pre e post-laurea dell'area medico/sanitaria e delle funzioni assistenziali ad esse connesse.

Associazioni no profit: presso la Fondazione svolgono la loro attività numerose Organizzazioni no-profit che operano all'interno dell'ente e che sostengono le attività di assistenza, di ricerca scientifica, di formazione e di informazione sanitaria a favore di pazienti e/o cittadini. I rapporti tra la Fondazione e le Associazioni no-profit sono disciplinati da apposito Regolamento.

Le Associazioni che a vario titolo collaborano con la Fondazione si caratterizzano per le differenti finalità: assistenza ospedaliera, supporto ai pazienti e loro familiari, diffusione delle conoscenze sulle malattie oncologiche specifiche e sullo sviluppo della ricerca scientifica.

Rapporto di collaborazione tra amministrazioni

La collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio favorisce la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, di esperienze, di sistemi informativi e di risorse.

Nell'ambito della progettazione, "fare rete" vuol dire "capacità di soggetti simili e/o di varia natura di unire risorse, persone e conoscenze per raggiungere degli obiettivi comuni".

Tale caratteristica, richiesta ad esempio in molti bandi scientifici nazionali ed europei, può rendere più efficaci le attività e conseguentemente facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nella pratica "fare rete" vuol dire:

- condividere obiettivi comuni;
- concertare le azioni da svolgere;
- coinvolgere tutti i partner nella realizzazione del progetto.

Soggetti della Fondazione coinvolti nella prevenzione della corruzione

Organi di indirizzo: Presidente e Consiglio di Amministrazione:

- designano il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Direzione Strategica:

- Il **Direttore Generale**: sono riservati tutti i poteri di gestione in conformità all'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e allo Statuto della Fondazione. È coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati, che, oltre ad assumere diretta responsabilità delle funzioni



loro attribuite, concorrono con proposte e pareri alla formazione delle sue decisioni. Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate.

- Il **Direttore Scientifico**: in ambito sanitario è responsabile della ricerca scientifica e ne gestisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del consiglio di amministrazione. Il Direttore Scientifico esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione attraverso la promozione di attività di formazione specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nei PTPCT nelle aree di propria competenza.

Altri soggetti:

- Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT)**: è la figura cardine su cui si regge il sistema di anticorruzione di livello aziendale delineato con la legge del 6 novembre 2012, n. 190. Anac definisce il RPCT come *"il punto di riferimento interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della normativa anticorruzione"*.
- I **Dirigenti** per area di competenza svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di prevenzione, assicurano l'osservanza del Codice Etico e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari ove di competenza, ed osservano le misure contenute nel presente Piano.
- I **Referenti** per la prevenzione e la trasparenza, individuati dai Dirigenti, svolgono, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione.
- Il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e attesta altresì l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della Fondazione in ottemperanza al dettato normativo in tema di trasparenza. Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT in relazione agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza previsti dal presente piano. Riferisce all'ANAC, come previsto dall'art. 8 bis della Legge 190/2012 (come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016), sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- Il **Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti (RASA)**: è il responsabile della verifica e/o della compilazione e dei successivi aggiornamenti (almeno annuali) delle informazioni e dei dati identificativi delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.
- Il **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio (GSA)**: ha il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio. Presso la Fondazione il GSA è coadiuvato, nell'attività di valutazione e individuazione delle operazioni sospette, da un Comitato di Sicurezza Finanziaria, composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio.



- Il Comitato di coordinamento dei controlli interni (*cf.* 2.3.7);
- L'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento.
- L'Internal Auditing è una funzione di controllo di terzo livello istituita in ottemperanza alle Regole di Sistema 2015 della Regione Lombardia. Al fine di garantire il principio di autonomia di questo livello di controllo, la funzione risponde direttamente al Direttore Generale e mantiene i rapporti con le omonime funzioni degli altri IRCCS pubblici per la progettazione della formazione e la pianificazione dei controlli annuali.
- La funzione di controllo della Qualità delle prestazioni e dei servizi è attivata presso la s.c. Protezione dati e Risk Management, responsabile di attuare i programmi di valutazione e miglioramento della qualità secondo procedure validate a livello regionale e a livello internazionale.
- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) rappresenta il punto di incontro tra la Fondazione, i pazienti e i loro familiari.
- I dipendenti della Fondazione partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. e segnalano al proprio dirigente casi di potenziale conflitti di interesse.
- I Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di *whistleblowing*.

2.3.3. Mappatura dei processi

La fase dell'analisi del contesto risulta fondamentale per passare alla fase successiva, denominata mappatura dei processi, che consente di individuare i processi svolti, i loro collegamenti e le relazioni interconnesse. Attraverso la mappatura dei processi l'immagine dell'amministrazione da statica e articolata si trasforma in un corpo sociale in movimento al cui interno le persone cooperano per realizzare i processi e l'interesse collettivo.

Essa consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, presenti nell'ente. L'obiettivo finale è che l'intera attività svolta dalla Fondazione venga gradualmente esaminata, così da identificare aree che, per ragioni della natura e peculiarità delle stesse, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è stata articolata in tre fasi ben distinte:

1. Identificazione
2. Descrizione
3. Valutazione
4. Identificazione

Il processo di gestione del rischio è stato regolamentato da apposita procedura di qualità (PRO-G-03-RPCT).

Analisi del rischio

L'attività di analisi del rischio (descritta analiticamente all'allegato n. 1 del presente PIAO) costituisce la base per la classificazione e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

L'attività di analisi è stata eseguita per ogni processo mappato.

Al fine di individuare i rischi corruttivi sono stati ipotizzati eventi potenzialmente dannosi legati ai processi analizzati. Successivamente, sono state individuate le cause di ogni rischio.



L'analisi del rischio ha portato a un maggior dettaglio dei processi analizzati e a una più efficace individuazione delle misure correttive collegate.

L'aggiornamento per l'anno 2024 è stato il frutto della collaborazione sistematica tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) e i Responsabili delle strutture delle aree a maggior rischio.

Questa modalità di lavoro consente a dirigenti e agli operatori di rivedere costantemente i processi sui quali abitualmente intervengono, per migliorarli dal punto di vista della trasparenza e dell'anticorruzione.

L'applicazione di tale metodo di lavoro ha pertanto condotto:

- all'ampliamento della mappatura delle aree a maggior rischio corruzione e della relativa valutazione;
- all'aggiornamento e sviluppo di ulteriori misure di prevenzione della corruzione e relativi indicatori individuati con i dirigenti delle strutture interessate.

2.3.4 Rischi corruttivi potenziali e concreti

L'Amministrazione ha posto come riferimento per le strategie di prevenzione del rischio corruttivo elementi che puntano a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, nonché che agevolino la scoperta di fenomeni di corruzione e, in ogni caso, in grado di creare un contesto sfavorevole alla *malagestio*.

Il risultato è riscontrabile nello sviluppo delle misure di prevenzione c.d. "strutturali":

- Trasparenza
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
- *whistleblowing* (Regolamento adottato con Determinazione n. 89DG del 9 marzo 2022 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione);
- *pantouflage*
- formazione per i dipendenti della Fondazione
- gestione dei conflitti di interessi
- inconfiribilità e l'incompatibilità degli incarichi
- rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)

Alle ulteriori misure di prevenzione introdotte, quali:

- assegnazione di specifici obiettivi al personale dirigenziale e del comparto della Fondazione in materia di anticorruzione e trasparenza;
- obbligo di sottoscrizione dei "patti di integrità" negli appalti e "avvisi per la trasparenza preventiva".

2.3.5 Trattamento del rischio

Per garantire che le misure previste nel PIAO siano sostenibili, concrete e realizzabili, per ciascuna di esse è stata individuata una tempistica di attuazione che si sviluppa nel rispetto dell'arco temporale di vigenza del dello stesso.

Le misure individuate sono programmate con l'indicazione di tempi, indicatori di monitoraggio e valori attesi.

2.3.6 Monitoraggio delle misure anticorruzione

Come ogni ciclo di gestione, anche nell'anticorruzione è previsto il monitoraggio che risulta essenziale sia al fine di verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio adottato e del sistema nel suo complesso, sia per rendicontare le scelte effettuate e per attuare decisioni e strategie più puntuali.



L'attività di monitoraggio dell'attuazione del PIAO è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del PTPCT, e conseguentemente piena effettività di tale strumento, i Responsabili individuati predispongono rendicontazioni trimestrali di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste all'[allegato 1](#).

L'attività di controllo e vigilanza è svolta, per quanto di competenza, in raccordo con la Direzione Strategica, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione.

Qualora il RPCT riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti iniziative:

- per fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o all'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) se si tratta di Dirigenti; comunicazione al Dirigente, in caso di personale del comparto;
- per fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativo/contabile: denuncia alla Corte dei Conti;
- per fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

2.3.7 Il Comitato Coordinamento Controlli Interni (CCCi)

Il Sistema dei Controlli Interni è costituito dall'insieme delle regole, delle funzioni, delle strutture, delle risorse, dei processi e delle procedure che mirano ad assicurare, nel rispetto della sana e prudente gestione, il conseguimento delle seguenti finalità:

- verifica dell'attuazione delle strategie e delle politiche aziendali;
- contenimento del rischio entro il limite massimo accettato ("tolleranza al rischio" o "appetito per il rischio");
- salvaguardia del valore delle attività e protezione dalle perdite;
- efficacia ed efficienza dei processi aziendali;
- affidabilità e sicurezza delle informazioni aziendali e delle procedure informatiche;
- prevenzione del rischio di coinvolgimento, anche involontariamente, in attività illecite (con particolare riferimento a quelle connesse con il riciclaggio, l'usura ed il finanziamento al terrorismo);
- conformità delle operazioni con la legge e la normativa di vigilanza, nonché con le politiche, i regolamenti e le procedure interne;
- efficace interscambiabilità delle informazioni tra i vari livelli di controllo e collaborazione dei verificatori.

La Fondazione, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa, prevede l'esistenza di un Sistema di Controllo Interno, con il compito di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali.

Il Sistema di Controllo Interno si esplica attraverso tre livelli di controllo e di gestione dei rischi e, in particolare:

- il controllo di I livello (o controllo di linea): è affidato alle singole unità organizzative o uffici che definiscono e gestiscono i controlli insiti nei processi operativi volti ad assicurare che le operazioni siano effettuate in modo corretto;



- il controllo di II livello: è garantito dalle funzioni responsabili per l'individuazione, la valutazione, la gestione e il controllo dei rischi tipici e peculiari dell'Istituto;
- il controllo di III livello: include le funzioni deputate al presidio e alla verifica, nel continuo, dell'adeguatezza e dell'effettiva applicazione dei sistemi di controllo in essere, tipicamente attribuite al Collegio Sindacale, all'Internal Auditing e al CCCi.

In un'ottica di collaborazione tra i soggetti coinvolti, occorre pertanto sviluppare una maggiore interazione tra organismi già presenti presso l'Ente, al fine di realizzare un sistema integrato di controllo.

In soccorso di tale esigenza, le linee guida al POAS 2022 di Regione Lombardia (DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022) hanno previsto la realizzazione di un "Comitato di coordinamento dei controlli" finalizzato alla razionalizzazione delle verifiche e all'armonizzazione dei controlli all'interno delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale.

Presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni (CCCi) è presieduto dal RPCT e persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione.

In particolare:

- è stato costituito con provvedimento del Direttore Generale;
- afferisce al Direttore Generale;
- supporta la Direzione Strategica a garanzia del rispetto dei principi di legittimità, trasparenza e di buona gestione, nonché al fine di generare efficienza, efficacia ed economicità delle risorse;
- è composto da funzioni interne (es. RPCT, Direttore Qualità, Risk Manager, Controllo di Gestione, Internal auditing, Bilancio);
- in alcuni specifici casi può coinvolgere funzioni esterne (Collegio Sindacale in caso di verifiche il bilancio e/o di cassa, Nucleo di Valutazione delle Prestazioni per anticorruzione e Trasparenza).

L'obiettivo principale del CCCi è quello di perseguire la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio tramite incontri periodici, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali.

È disciplinato da apposito Regolamento che definisce il funzionamento, l'organizzazione e le modalità di gestione del CCCi al fine di garantire una omogeneità gestionale in coerenza con gli indirizzi aziendali, fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni di legge statali o regionali.

2.3.8 Trasparenza

Nel corso dell'anno 2023 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità.

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta, infatti, uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.

Il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni



e le modalità per la sua realizzazione e ha previsto la pubblicazione, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti stessi direttamente ed immediatamente, senza autenticazione e identificazione (art.2).

A seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 97/2016 è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale "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", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini.

Il presente Piano contiene la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare nel triennio 2024/2026 per dare attuazione, da un lato agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013, dall'altro a misure ulteriori di trasparenza individuate dal PNA 2023 e dai Responsabili delle aree a maggior rischio di corruzione.

La Fondazione si prefigge, attraverso l'attuazione di tali azioni, di garantire il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati e l'accessibilità alle notizie ed informazioni, al fine di consentire l'attiva partecipazione dei cittadini, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Il processo di attuazione della programmazione in materia di trasparenza si articola in una serie di fasi tra loro strettamente collegate per ognuna delle quali sono stati identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Negli **Allegati 2 (a) e 2 (b)** al presente piano è riportato, in formato tabellare:

- a) l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
- b) l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
- c) l'indicazione dei soggetti responsabili della predisposizione/raccolta di dati e documenti e della loro pubblicazione;
- d) la periodicità del monitoraggio.

I dirigenti di struttura sono individuati, secondo competenza, quali responsabili della predisposizione/raccolta di dati e/o documenti, in formato aperto e accessibile secondo le disposizioni vigenti; i referenti di struttura dagli stessi indicati si occupano della pubblicazione dei dati sul sito, secondo competenza. Il dirigente responsabile della predisposizione e trasmissione dei dati e/o documenti verifica l'effettiva corretta pubblicazione e ne è responsabile.

Il sito web della Fondazione svolge la funzione di informazione agli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, etc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi, secondo quanto indicato nelle delibere CIVIT n. 105/2010, n. 2/2012 e nelle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 e 15 maggio 2014 e successive modifiche.

Nel caso in cui le informazioni contengano anche dati personali, sono rispettati i principi di cui al Regolamento UE 679/2016, recepito con D.Lgs. n. 101/2018.

La Fondazione in attuazione al D.Lgs. n. 33/2013, ha realizzato sin dal 2013, sulla home page del proprio sito internet www.istitutotumori.mi.it, la sezione "Amministrazione Trasparente".

In tale sezione sono pubblicati i dati e i documenti per i quali le disposizioni normative prevedono l'obbligo di pubblicazione nonché le ulteriori misure di trasparenza individuate dal presente piano come misure di specifica prevenzione della corruzione.



La realizzazione del sito web della Fondazione e della sezione "Amministrazione Trasparente" hanno tenuto conto dei concetti di:

- usabilità, per rispondere meglio alla "reperibilità" di informazioni, in modo completo, chiaro, affidabile e semplice;
- accessibilità, nel rispetto dei parametri previsti dalle disposizioni vigenti per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici.

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione:

- persegue la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto;
- individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse, adoperandosi per favorire l'accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche.

Tra gli adempimenti di trasparenza rientra inoltre la previsione dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

La Fondazione si è dotata di caselle istituzionali PEC ed è censita nell'IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni). Sulla home page del sito istituzionale vi è un'apposita sezione "Posta Elettronica Certificata" nella quale è pubblicato l'elenco delle caselle di posta elettronica certificata (PEC) attive presso la Fondazione, con l'indicazione specifica dell'indirizzo di ogni struttura.

L'istituto dell'accesso civico, come inizialmente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, è stato significativamente ampliato dal D.Lgs. n. 97/2016 che lo ha articolato in due fattispecie:

- accesso civico "semplice", preesistente all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 97/2016, concernente dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;
- accesso civico "generalizzato", introdotto con il D.Lgs. n. 97/2016, concernente invece dati, documenti e informazioni ulteriori non soggetti ad obbligo di pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of Information Act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D.Lgs. n.33/2013.

L'accesso può essere esercitato dal cittadino mediante un'istanza presentata facendo uso della modulistica predisposta dalla Fondazione, a seconda della tipologia di accesso, come previsto dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato della Fondazione pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione.

Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura organizzativa

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il **modello organizzativo** dell'INT segue le disposizioni contenute nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con Delibera del CdA n. 28F seduta n. 43 del 25 maggio 2022.

Il presente modello aderisce alla prospettiva innovativa delineata nella Delibera della Giunta Regionale n. XI/6278/2022. Tale approccio, pur mantenendo la consolidata relazione gerarchica, riconosce l'importanza delle relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria, di area di ricerca e di area amministrativa. L'obiettivo è garantire un costante allineamento tra le responsabilità della Direzione



Strategica Aziendale, promuovendo la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

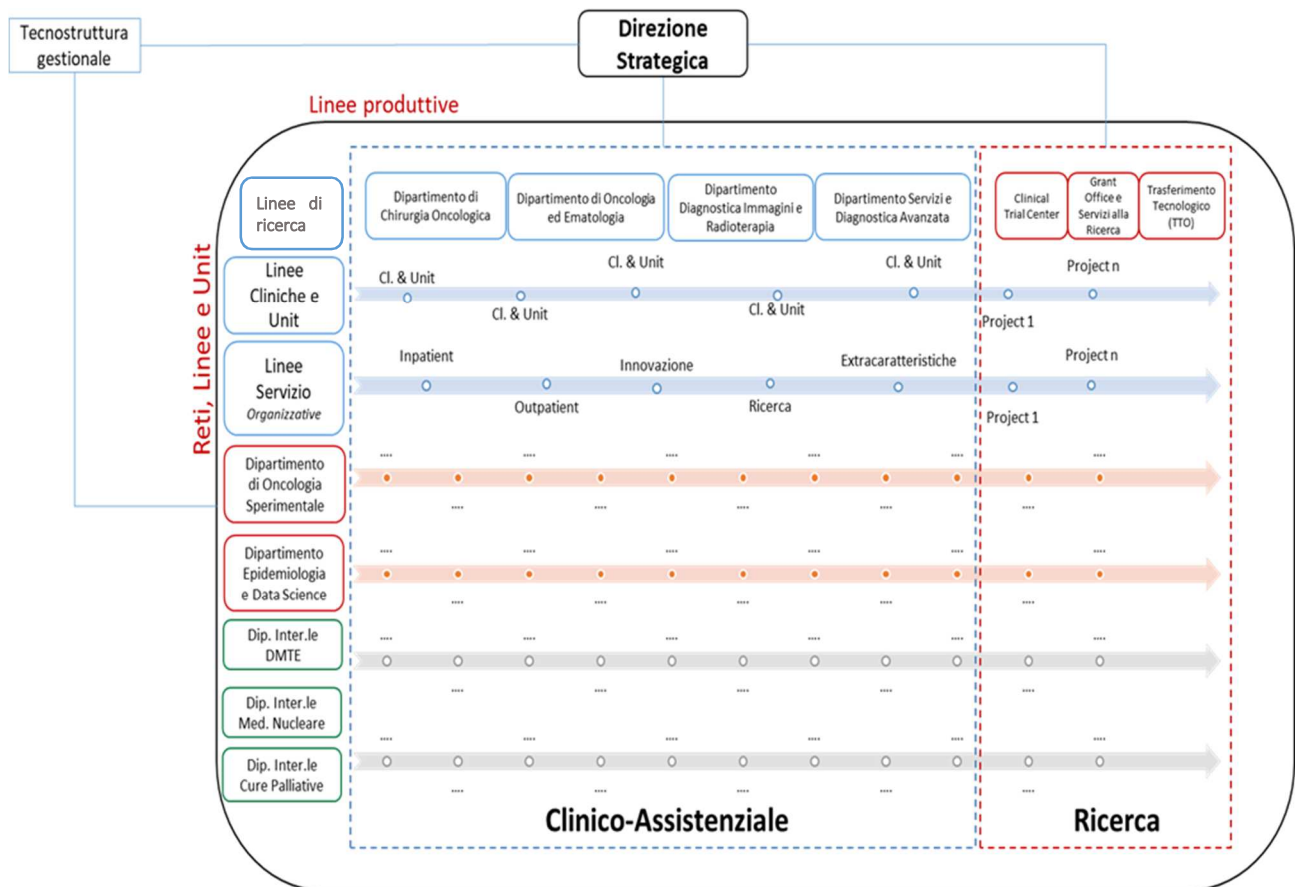
Il sistema di governance dell'Istituto Nazionale Tumori si fonda su un complesso insieme di principi, procedure e regole di vario livello (leggi, regolamenti, ecc.). Il suo scopo primario è guidare il processo di creazione di valore all'interno dell'Istituto, rispondendo alle aspettative dei vari stakeholder.

La **governance** viene esercitata attraverso gli organi della Fondazione:

- Il *Consiglio di Amministrazione (CdA)* a cui spetta con il Presidente l'azione di indirizzo e governo;
- Il *Presidente* a cui compete la legale rappresentanza della Fondazione;
- Il *Direttore Generale*, a cui compete il potere datoriale (datore di lavoro), insieme al Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo esercita l'azione di direzione e controllo ai fini dell'organizzazione e della gestione dell'Istituto;
- Il *Direttore Scientifico*, a cui compete la direzione e controllo dell'attività di ricerca;
- Il *Collegio Sindacale* a cui spetta l'attività di controllo amministrativo-contabile;
- Il *Collegio di Direzione* è un organo collegiale che supporta in modo consultivo il Direttore generale nelle linee di programmazione e sviluppo dell'Istituto.

La legge regionale in oggetto ha confermato, nell'articolazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR), le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico come enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica. Queste fondazioni, conformemente a elevati standard di eccellenza, perseguono principalmente finalità di ricerca di natura clinica e traslazionale nel campo biomedico. Inoltre, si occupano dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, fornendo prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. La legge garantisce loro piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, in conformità con le disposizioni statutarie, contribuendo così all'erogazione delle prestazioni previste dall'articolo 7 della Legge Regionale 22/2021.

Per quanto riguarda l'**aspetto gestionale**, la Direzione aziendale, per conseguire l'obiettivo strategico dell'integrazione tra assistenza e ricerca, intende introdurre un nuovo modello basato su una gestione per processi e un'organizzazione gestionale e produttiva a matrice nel rispetto delle attività di indirizzo e controllo, dei rapporti e delle relazioni con l'esterno. Tale modello si basa su una Tecnostruttura gestionale, distinguibile e riconducibile gerarchicamente in strutture di staff e line della direzione generale, scientifica, amministrativa, e sanitaria, le quali funzionalmente operano in modo trasversale, integrato e diretto sotto la supervisione della Direzione Strategica. Il modello organizzativo è a matrice, finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non solo per funzione, secondo lo schema di seguito riportato:



Il modello organizzativo dell'Istituto, in coerenza con le direttive regionali, evidenzia i rapporti esistenti tra Organi, Organismi, Strutture, Soggetti Istituzionali, Stakeholders etc. ed è così articolato:

- **Strutture e funzioni di staff** afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica.
- **Dipartimenti** articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici. I Dipartimenti previsti per l'INT sono sia di tipo gestionale che interaziendali:
 - **Dipartimenti Gestionali** sono costituiti da strutture complesse semplici e semplici dipartimentali.
 - **Dipartimenti Funzionali Interaziendali** derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico ospedale e ospedali diversi volti alla gestione integrata di attività assistenziali.
- **Strutture Complesse:** unità organizzative dotate di autonomia gestionale, organizzativa, tecnica e di autonomia di budget, in possesso di requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza.
- **Strutture Semplici:** unità organizzative afferenti ad una struttura complessa o in staff alla Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite al Direttore sovraordinato.
- **Strutture Semplici Dipartimentali:** unità organizzative afferenti gerarchicamente al Dipartimento e dotate di autonomia gestionale e organizzativa e specificità professionale.
- **Incarichi professionali di altissima professionalità e di alta specializzazione:** incarichi funzionali che assicurano elevate prestazioni e competenze tecnico-professionali, anche con la collaborazione di risorse umane e di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.

**L'ORGANIGRAMMA****Staff Direttore Generale**

Struttura e Funzioni	Tipo
Sistemi Informativi	Struttura Complessa
Controllo di Gestione	Struttura Semplice
URP	Ufficio
Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Ufficio
Trasparenza e Anticorruzione	Responsabile
Internal Auditing – Sistemi di Controlli Interni	Responsabile
Privacy e DPO	Responsabile
Ufficio Pubblica Tutela	Referente
Medico competente e Attività di Sorveglianza sanitaria	Funzione
Funzioni di culto	
CUG (Comitato Unico di Garanzia)	
CCCI (Comitato di Coordinamento dei Controlli interni)	

Staff Direttore Scientifico

Struttura	Tipo
Clinical Trial Center	Struttura Semplice
Trasferimento Tecnologico (TTO)	Struttura Semplice
Grant Office e Servizi alla Ricerca	Struttura Semplice

Staff Direttore Sanitario

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Direzione Medica di Presidio	Accreditamento e Certificazioni Internazionali
Direzione Professioni Sanitarie	
Ingegneria Clinica	
Farmacia Ospedaliera	Centrale preparazioni farmaci
	Farmacoeconomia e acquisti
Qualità e Risk Management	
	Nutrizione Clinica
	Gestione Operativa

i Dipartimenti Gestionali:**Dipartimento Amministrativo e Tecnico**

Struttura	Tipo
Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Struttura Complessa
Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Struttura Complessa
Gestione Acquisti	Struttura Complessa
Affari Generali e Legali	Struttura Complessa



Accoglienza - CUP e Libera Professione	Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale	Struttura Complessa

Dipartimento Chirurgia Oncologica

Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Generale Oncologica 6 – Oncologia Pediatrica	
Laser Terapia	
Day Surgery Oncologico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Chirurgia Generale Oncologica 1 – Epato-gastro-pancreatica	Trapianti di fegato
Chirurgia Generale Oncologica 2 - Colonretto	Tumori Ereditari Apparato Digerente
	Tumori Peritoneali
Chirurgia Generale Oncologica 3 – Senologia	Senologia Chirurgica Integrata
Chirurgia Generale Oncologica 4 - Melanomi	Chirurgia Oncologica oculare
Chirurgia Generale Oncologica 7 – Sarcomi	
Chirurgia Plastica	
Chirurgia Toracica	
Ginecologia Oncologica	
Otorinolaringoiatria Oncologica	Chirurgia Maxillo Facciale
Urologia Oncologica	Tumori Pene e Testicolo
Anestesia Rianimazione	Anestesia e Blocco Operatorio
	Terapia Intensiva

Dipartimento Oncologia ed Ematologia

Strutture Semplici Dipartimentali	
Genetica Medica	
Oncologia Medica 4 – Cure supporto internistico e geriatrico	
Day Hospital Oncologico	
Oncologia Medica Genitourinaria	
Farmacologia Clinica	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Cure Palliative - Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione	
Ematologia	
Oncologia Medica 1	Oncologia Medica Gastroenterologica
	Oncologia Medica Toracopolmonare
	Oncologia Medica Melanomi
	Oncologia Medica Senologica
	Immunoterapia Clinica dei Tumori e Terapie Innovative
Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari	
Oncologia Medica 3 - Tumori Testa Collo	
Oncologia pediatrica	

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia**

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Fisica Sanitaria	Radioprotezione
Medicina Nucleare	Diagnostica PET Terapia Medico Nucleare
Radiologia Diagnostica e Interventistica	Ecografia Interventistica
	Radiologia Senologica
	Interventistica Oncologica
	Diagnostica Oncologica Muscolo Scheletrica
	Diagnostica Oncologica Pediatrica
Radioterapia	Radioterapia Tumori Mammella
	Radioterapia Tumori Genitourinari
	Radioterapia Pediatrica

Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata

Strutture Semplici Dipartimentali	
Psicologia Clinica	
Pneumologia	
Biobanca	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Anatomia Patologica 1	Digital Pathology
Anatomia Patologica 2	Emopatologia Molecolare
	Diagnostica e Ricerca Molecolare
	Tumori dei Tessuti Molli
Cardiologia	
Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	
Medicina di laboratorio	
Servizio Immunoematologia Trasfusionale (SIMT)	

Dipartimento Oncologia Sperimentale

Strutture Semplici Dipartimentali	
Immunologia Traslazionale	
Stabulario	
Biologia Integrata Tumori Rari	
Ricerca Nutrizionale e Metabolomica	
Medicina Predittiva: Basi Molecolari del Rischio Genetico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Farmacologia Molecolare	
Epigenomica e Biomarcatori dei Tumori Solidi	Epigenomica Molecolare
Immunologia Molecolare	Microambiente e Biomarcatori Tumori Solidi

**Dipartimento Epidemiologia e Data Science**

Strutture Semplici Dipartimentali	
Epidemiologia Valutativa	
Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Data Science	Bioinformatica e Biostatistica
	Biostatistica per la Ricerca Clinica
Epidemiologia e Prevenzione	Registro Tumori
	Epidemiologia Ambientale

SISTEMI DEGLI INCARICHI

Il sistema degli incarichi di posizione dirigenziale, realizzato in Fondazione nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è:

- volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti;
- funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute e di ricerca previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

Tipologie di incarichi dell'area dirigenziale ai sensi dell'art. 18 del CCNL area sanità sottoscritto in data 19.12.2019:

1. Incarichi gestionali:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- c) incarico di direzione di struttura semplice;
- d) incarico di direttore di dipartimento, conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

2. Incarichi professionali:

- a) incarico professionale di altissima professionalità: è un'articolazione funzionale che assicura prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici;
- b) incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza.
- c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche.
- d) incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano



superato il periodo di prova.

Il conferimento delle deleghe si basa su criteri che, coerentemente con l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale introdotto dalla legge regionale e con il modello organizzativo a matrice del POAS, identificano nei dirigenti dello staff della Direzione Strategica e delle linee la responsabilità nelle fasi di attuazione delle politiche gestionali dell'IRCCS, nell'ottica dell'integrazione e del graduale superamento di un modello gerarchico/funzionale.

La Direzione Strategica assume unitariamente la responsabilità di indirizzo generale e di controllo/supervisione e si avvale per la gestione dell'Istituto di uno staff che incorpora e fonde diverse competenze, riorganizzate in aree di bisogno gestionale, per favorire il "governo" delle attività per processo. Tutti gli incarichi, sia di natura gestionale sia di natura professionale, nonché quelli di responsabile di incarico funzionale, saranno attribuiti, con provvedimento motivato, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, dal CCNL, dagli accordi decentrati e dalla regolamentazione aziendale.

Tipologie di incarichi attribuibili al personale del comparto ai sensi dell'art. 24 del CCNL comparto sanità del 2.11.2022:

- Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

Di seguito si riportano le mappature degli incarichi del comparto:

DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI DI FUNZIONE
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	10
DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	19
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	5
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE	1
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	13
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	13
DIPARTIMENTO. SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA	7
DIREZIONE GENERALE	2
DIREZIONE SANITARIA	10
DIREZIONE SCIENTIFICA	2
PRESIDENZA	1
Totale complessivo	83

Di cui, n. 69 incarichi di funzione organizzativa e n. 14 incarichi di funzione professionale, così ripartiti:

DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI ORGANIZZATIVI
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	9
DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	15
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	5
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE	1
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	10
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	12
DIPARTIMENTO SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA	7
DIREZIONE GENERALE	1
DIREZIONE SANITARIA	7
DIREZIONE SCIENTIFICA	2
Totale complessivo	69

DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI PROFESSIONALI
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	1
DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	4
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	3
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	1
DIR. GENERALE	1
DIR. SANITARIA	3
PRESIDENZA	1
Totale complessivo	14

3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale

La programmazione proposta per il PTFP 2024-2026 tiene conto degli assetti organizzativi del POAS attualmente vigente, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non strutturato;
- il costo derivante dall'attuazione del Piano di cui sopra;
- la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria.

La Fondazione, in quanto Ente pubblico, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezione pubbliche, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPR 484/1997 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale";
- DPR 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.



Oltreché mediante l'espletamento di concorsi e selezioni a tempo determinato, la Fondazione, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali le mobilità fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e c.d. "stabilizzazione" ex D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.).

3.2.1 Consistenza del personale al 31.12.2023

La consistenza del personale al 31.12.2023 è rappresentata nella tabella seguente mostrando, oltre ai profili professionali presenti in Istituto, distinti tra dirigenza e comparto, l'effettivo personale reclutato e attivo al 31.12.2023, nonché la previsione dei reclutamenti per la sostituzione delle cessazioni e dei pensionamenti che avverranno nei primi mesi del 2024, così da completare l'organico previsto nella dotazione autorizzata per il 2023.

La dotazione organica 2024, distinta per personale destinato all'attività ospedaliera e all'attività di ricerca, è il punto di partenza per la programmazione strategica del 2025 e per lo sviluppo del Piano Triennale di Fabbisogni di personale 2024-2026.

DOTAZIONE ORGANICA 2023						
DOTAZIONE ORGANICA 2023 del PTFP 2023-2025	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	DELTA ATTIVI AL 31/12/2023 E D.O. 2023 (PTFP 2023-2025)
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza				
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	TOTALE RICERCA		
DIRIGENZA MEDICA	294		2	4	298	-4
DIRIGENZA VETERINARIA					0	0
DIRIGENZA SANITARIA	41			18	59	1
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2	-1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4				4	0
DIRIGENZA TECNICA	3			2	5	0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7				7	-1
TOTALE DIRIGENZA N. TESTE	351	-	2	24	375	-5
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	476		6		476	-12
OSTETRICA					0	0
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	6				6	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	188				188	2
ASSISTENTI SANITARI	2				2	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1				1	-1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	18				18	1
ASSISTENTI SOCIALI	2				2	0
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	128				128	-17
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	175				175	5
AUSILIARI					0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO					0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	270				270	3
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				210	210	-12
TOTALE COMPARTO N. TESTE	1.266	-	6	210	1.476	-31
TOTALE COMPLESSIVO N. TESTE	1.617	-	8	234	1.851	-36
DIPENDENTI - N. TESTE TOTALI (AL NETTO PIRAMIDE)	1.617	-	8	-	1.641	-24

3.2.2 Programmazione strategica 2023

Nel Piano Triennale dei fabbisogni del personale saranno inserite le nuove dotazioni organiche anche per il 2025 e 2026 e i nuovi fabbisogni espressi in FTE e relativi costi per le suddette annualità.

Come da indicazioni regionali, la scheda della dotazione organica di ogni anno è stata distinta in 2 sezioni:

- Ospedale



- Ricerca

Il Piano è costruito prevedendo la completa sostituzione del turn over nel triennio considerato.

In ottemperanza agli accordi sottoscritti con il Ministero della Salute da questa Direzione e dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, con nota 27 luglio 2016 prot. G1.2016.0025434, si conferma nuovamente che è auspicato il riconoscimento dei contributi ancora mancanti pari a €700.000,00 a seguito di parziale riconoscimento delle quote previste per il 2020 pari a € 250.000,00, e per il 2018 e il 2019 pari a ulteriori € 450.000,00. Si aggiunge che la Fondazione ha disposto, in fase di assestamento di bilancio, il passaggio, dal sezionale ricerca a quello dell'assistenza, di un'unità di personale avente profilo di dirigente medico, già in forza presso la s.c. Data science. Si resta tuttora in attesa di ricevere notizie in ordine alla proposta di trasferimento delle restanti n. 19 unità, rispetto alle n. 24 inizialmente appostate, di personale dirigente finanziato mediante il contributo ministeriale per la ricerca corrente. Lo stesso dicasi per le n. 14 unità aggiuntive di personale infermieristico dedicate alla ricerca, richieste con il medesimo Piano.

Il Piano prevede il reclutamento nel limite del budget dei costi autorizzati nel PTFP e di quelli necessari che dovranno essere autorizzati nel BPE ovvero in sede di assestamento con decreti successivi.

La Dotazione Organica è stata determinata, per la parte Ospedale e per la parte di Ricerca, secondo quanto previsto ai successivi punti 4 e 5.

Più in particolare, sulla base delle esigenze organizzative e gestionali rilevate, e tenuto conto del personale attualmente in forza, sono stati proposti i contingenti definiti come segue:

- la dotazione organica 2023 è stata confermata quale dotazione organica 2024 per i profili di Dirigenza professioni sanitarie, di Dirigenza professionale, di Dirigenza tecnica e di Dirigenza amministrativa, di infermieri di famiglia, di Assistenti sanitari, di Tecnici della prevenzione, di Assistenti sociali e di OTA, per i quali gli attivi al 31/12/2023 sono minori o uguali alla dotazione organica 2023;
- la dotazione organica 2023 è stata considerata come base di calcolo per richiedere incrementi nella dotazione organica 2024 per il profilo di Dirigente medico e di Infermiere, incluse le figure di infermiere di ricerca, i cui attivi al 31/12/2023 sono inferiori alla dotazione organica 2023;
- il numero degli attivi 31/12/2023 è stato considerato come base di calcolo per richiedere incrementi nella dotazione organica 2024 per il profilo di Dirigente sanitario, di Tecnico sanitario, OSS e personale amministrativo del comparto, i cui attivi risultano superiori alla dotazione organica 2023;
- il numero degli attivi 31/12/2023 per il profilo del Personale di riabilitazione è stato confermato quale dotazione organica 2024:

la dotazione organica 2024 è stata ridotta per il personale del ruolo tecnico non sanitario rispetto alla dotazione organica 2023, risultando quest'ultima significativamente superiore agli attivi al 31/12/2023. Gli incrementi richiesti sono motivati principalmente dalla necessità di garantire il Rispetto dei Tempi d'Attesa. L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che devono essere garantiti in modo equo e trasparente all'utenza.

La Conferenza Stato-Regioni ha redatto le linee guida di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato al fine di garantire di rendere omogeneo sul territorio italiano l'approccio al governo di tale percorso.

Regione Lombardia ha preso atto dell'importanza strategica che riveste il rispetto dei tempi massimi di attesa dei ricoveri chirurgici, in particolare quelli oncologici organizzando negli ultimi anni una serie di azioni finalizzate a raggiungere questo obiettivo.

Si conferma che, anche per l'anno 2023, la Direzione Strategica dell'INT ha avviato il processo di ridefinizione degli obiettivi, dei livelli di responsabilizzazione e di coinvolgimento del personale relativamente ai tempi



d'attesa attraverso un controllo di gestione efficace nonché di meccanismi di integrazione organizzativa tra le singole strutture ospedaliere, in grado di affrontare e risolvere le problematiche che attraversano trasversalmente più Unità Operative.

L'INT, data la sua peculiarità di IRCCS mono-specialistico oncologico di riferimento nazionale, tratta un numero elevatissimo di pazienti in classe A e quindi presenta un'altissima complessità nella gestione delle liste di attesa dovendo coniugare più esigenze assistenziali.

L'integrazione di personale all'interno delle singole unità operative ha tra i principali obiettivi quello di erogare un più alto numero di ricoveri/ prestazioni ambulatoriali rispettando i tempi di attesa previsti dalla classe di priorità.

Di seguito, in sintesi, i progetti che hanno portato alla richiesta e all'ottenimento degli incrementi di personale nel piano triennale.

▪ s.c. Gastroenterologia - Endoscopia digestiva

Al fine di incrementare il numero di sale endoscopiche attivabili, con possibilità di ridurre i tempi di attesa sia per pazienti esterni sia per pazienti degenti, nonché di ridurre il ricorso al pronto soccorso nel caso di patologie specifiche quali ittero ostruttivo, subocclusioni etc., in ottica anche dell'avvio del progetto che prevede il coinvolgimento dei MMG nell'ambito di un percorso sia di appropriatezza prescrittiva sia di condivisione terapeutica, vi è la necessità di integrare l'organico della struttura con 1 dirigente medico.

▪ s.c. Anatomia patologica 2

La struttura costituisce un centro di riferimento nazionale ed internazionale per la diagnosi e terapia dei sarcomi dei tessuti molli e, in particolare, i sarcomi retroperitoneali rappresentano uno dei punti di forza della chirurgia dei sarcomi dell'INT, con applicazione di chirurgia multiviscerale, tecnica eseguita solo in pochi centri sia in Italia che all'estero. La Chirurgia di Sarcomi esegue ogni anno circa 350 interventi chirurgici, 4000 prestazioni ambulatoriali, e presta consulenza ambulatoriale per circa 850 nuovi pazienti all'anno. Da quanto esposto risulta necessario, anche in considerazione della riduzione complessiva delle figure di patologo, implementare l'organico con un 1 dirigente medico per la diagnostica dei sarcomi.

▪ s.c. Chirurgia 2 - Colon-retto

Al fine di garantire lo sviluppo dell'attività clinica e scientifica nell'ambito di:

- SURGEOLOGICA: rappresenta una nuova frontiera della ricerca chirurgica e consiste nell'applicazione di algoritmi di intelligenza artificiale e "machine learning" per l'analisi di grandi quantità di dati multimodali, che possono includere i parametri vitali registrati intraoperatoriamente oppure l'analisi globale delle sequenze di immagine del video di una procedura chirurgica, al fine di predire determinati outcomes;
- RADIOMICA: in collaborazione con l'Istituto di Oncologia Vall d'Hebron, Barcellona, è una linea di sviluppo finalizzata alla segmentazione ed analisi delle immagini TC e RM della ns casistica di recidive pelviche da carcinoma rettale (la più numerosa a livello nazionale), in correlazione con dati biomolecolari individuali, al fine di definire profili prognostici personalizzati;

è necessario integrare l'organico con 1 dirigente medico.

▪ s.c. Chirurgia 3 – Senologia

L'incremento di organico richiesto risulta sostenuto da alcune considerazioni:

- il tumore della mammella è in aumento e, di conseguenza, le prestazioni di follow-up.
- L'implementazione dell'attività dell'ambulatorio multidisciplinare post-chirurgico, l'attivazione del nuovo ambulatorio multidisciplinare "Sarcomi della mammella" centro di riferimento nazionale, sono realtà qualificanti ed in espansione continua.

Risulta pertanto necessario integrare l'organico con 1 dirigente medico.

▪ s.c. Chirurgia 4 – Melanomi

La struttura intende incrementare la diagnostica di 2 livello attraverso la metodica della microscopia confocale: tale metodica si sta rivelando essere la tecnica con maggiore potenza diagnostica disponibile nel



prossimo futuro: risulta pertanto indispensabile incrementare il l'attività di tale settore con almeno 1 dirigente medico.

▪ **s.c. Otorinolaringoiatria Oncologica**

Nonostante la patologia a questo livello sia rara per incidenza, il nostro Istituto attrae molti pazienti sull'intero territorio nazionale essendo un centro di riferimento proprio per i tumori naso-sinusal, anche per quanto attiene l'oncologia medica, l'anatomia patologica e la radioterapia, attraverso un rapporto consolidato di collaborazione con CNAO. L'incremento richiesto di 1 dirigente medico sarà pertanto indirizzato all'acquisizione di una professionalità specifica, consentendo contemporaneamente il potenziamento delle attività ambulatoriali nella gestione di prime visite e follow up.

▪ **s.c. Anestesia e Blocco Operatorio (con Recovery Room)**

Questa Fondazione nel corso del 2024 vedrà l'attivazione della chirurgia robotica in ambito multidisciplinare, secondo un percorso già autorizzato dalla Direzione Generale Welfare; l'introduzione di tale tecnologia tuttavia si colloca come un percorso aggiuntivo rispetto all'attività chirurgica tradizionale, attività per la quale questa Fondazione risulta comunque in sofferenza per una carenza ormai cronica di personale infermieristico e anestesilogico, che rende indispensabile un ampio ricorso all'area a pagamento. Pertanto, l'acquisizione di 2 dirigenti medici anestesisti rappresenta una "conditio sine qua non" per poter considerare la chirurgia robotica di nuova introduzione una implementazione reale dell'attività chirurgica.

▪ **s.c. Chirurgia generale oncologica 6 e Oncologia pediatrica**

Allo stato attuale l'organico medico della struttura rende necessario il contributo di altre strutture del dipartimento chirurgico anche al fine di completare le equipe operatorie: negli ultimi anni l'elevatissimo grado di competenze acquisite ha determinato la richiesta del contributo intraoperatorio dei nostri professionisti, che pertanto sono già inseriti in una rete virtuale. L'incremento di organico di 1 dirigente medico trova pertanto un razionale nella possibilità e necessità di poter garantire in modo indipendente la continuità delle cure dei pazienti in carico, ed implementare ulteriormente l'attività destinata ai pazienti pediatrici che giungono in istituto da tutto il territorio nazionale.

▪ **s.c. Medicina nucleare**

La forte espansione dell'attività dovuta non solo alla sempre maggiore diffusione e richiesta delle metodiche diagnostiche (diagnostica PET e neurologica in primo luogo), ma anche e, forse soprattutto, allo sviluppo di nuovi e promettenti radiofarmaci ad utilizzo terapeutico risulta già fortemente penalizzata dalla progressiva riduzione di nuovi specialisti e dalla conseguente limitazione dell'offerta, che porta ai grandi centri un maggior numero di utenti. Ciononostante, la struttura è da sempre centro di attrazione per la formazione di Medici Nucleari provenienti sia da strutture universitarie che da prestigiosi centri ospedalieri nazionali ed internazionali.

L'incremento richiesto di 1 dirigente medico trova pertanto un razionale in ragione dei carichi di lavoro progressivamente ingravescenti, degli studi clinici in corso, dell'incremento dei pazienti in carico per follow up, dell'introduzione di nuovi esami diagnostici e, infine, di nuovi trattamenti medico-nucleari ormai in avanzata fase registrativa.

▪ **s.c. Radioterapia**

Le attività risultano in continuo aumento: ad oggi sono stati irradiati più di 1700 pazienti adulti: il 40% dei trattamenti è stato attivato con gli attuali regimi di ipofrazionamento "spinto", con maggior turnover dei pazienti e impatto positivo sulle liste d'attesa. L'acquisizione del nuovo acceleratore lineare di ultima generazione, il cui utilizzo clinico inizierà dal marzo /aprile 2024, lascia prevedere un'ulteriore implementazione di questa tipologia di trattamenti.

Sono stati, inoltre, effettuati 300 trattamenti di brachiterapia, tecnica affidata a specialisti con peculiare formazione, competenza e manualità, ed è in atto l'estensione della metodica a più patologie.



Pertanto, in considerazione della crescente richiesta assistenziale, della sempre più frequente presenza dei Dirigenti della Radioterapia negli ambulatori multidisciplinari, dell'aumentato coinvolgimento dei nostri specialisti in progetti di studio internazionali e gruppi di lavoro scientifici, risulta necessario integrare l'organico di 1 dirigente medico.

▪ s.s. Radioprotezione

Oltre alle attività di esclusiva competenza dell'esperto di radioprotezione, in base ai nuovi decreti, nell'ambito delle procedure radiologiche (radiologia diagnostica, radiologia interventistica, attività complementari alla radiodiagnostica), della medicina nucleare (diagnostica SPECT e PET, terapia radiometabolica) e della radioterapia (radioterapia con fasci esterni, brachiterapia HDR, brachiterapia oftalmica) devono essere implementate anche attività trasversali tra l'esperto di radioprotezione e gli specialisti in Fisica Medica, ai fini della tutela dei pazienti dai rischi di esposizione a radiazioni ionizzanti. In relazione alle competenze del dirigente fisico della s.s. Radioprotezione, esperto di radioprotezione, si aggiungeranno a breve anche alcune attività legate all'installazione di nuovi impianti generatori di radiazioni ionizzanti e nuove sorgenti radioattive. Considerando il continuo incremento del carico di lavoro legato alla sorveglianza fisica della radioprotezione e al fine di garantire, anche in assenza dell'unico dirigente attualmente in organico, il regolare svolgimento delle attività previste dalla vigente normativa per la tutela dei lavoratori e della popolazione dai rischi di esposizione a radiazioni ionizzanti, è necessario integrare nell'organico 1 dirigente Fisico, Esperto di Radioprotezione di III grado.

▪ s.s. Nutrizione clinica

In considerazione dell'incremento della domanda clinica registrata in questi anni, l'acquisizione di 1 dirigente medico consentirà:

- aumento delle visite ambulatoriali, per le quali si stima che l'aumento dei volumi e l'aumento contestuale di risorse porterebbe ad una riduzione del 33% dei tempi di attesa (da 30 a 20 giorni per una prima visita);
- più rapida risposta alle richieste di consulenza per i Degenti (Reparti e Day Hospital), con un ulteriore impegno orario previsto di circa 10 ore a settimana;
- implementazione di attività di consulenza precoce per il Prericovero all'interno di una procedura condivisa, per identificazione e "preabilitazione" nutrizionale di pazienti candidati a Chirurgia, a cui seguirà il follow-up con impiego di risorse ambulatoriali;
- introduzione della valutazione nutrizionale preliminare per il paziente candidato a OLT (2 ore a settimana) nell'ambito del "Percorso diagnostico di valutazione idoneità al Trapianto di Fegato da donatore cadavere";
- revisione periodica (ogni 3 mesi) del quadro clinico, con rinnovo/modifica del PTFP 2024-2026 terapeutico, per pazienti in Nutrizione Artificiale Domiciliare (al momento 211 nuove attivazioni nel 2023 vs 171 nello stesso periodo del 2022), secondo le più recenti direttive regionali (DECRETO N.14274 del 25/10/2021).

Oltre alle posizioni sopra esposte, il Piano 2024 prevede le seguenti posizioni aggiuntive:

a) Posizioni finalizzate a progettualità previste nell'ambito del PTFP 2023/2025 non ancora attuate o completate per ragioni organizzative:

- n. 1 dirigente medico, disciplina Chirurgia plastica;
- n. 1 dirigente medico, disciplina Oftalmologia;
- n. 1 dirigente medico, disciplina Anestesia e rianimazione
- si tratta di procedure di reclutamento in corso o da avviare

b) Posizioni emerse quali necessità ulteriori nell'ambito del PTFP 2023/2025 (extra piano 2023):

- n. 1 dirigente medico, disciplina Ginecologia ed ostetricia;
- n. 2 dirigenti medici, disciplina Epidemiologia;
- n. 1 dirigente medico, disciplina Oncologia;



- n. 1 dirigente medico, disciplina Chirurgia generale (EGP);
- n. 1 dirigente medico, disciplina Ematologia.
- Personale universitario: n. 2 unità per le s.c. Anatomia patologica e Oncologia medica 1.

Personale comparto

A fronte delle esigenze assistenziali descritte al punto precedente, si rende necessario incrementare il personale sanitario, tecnico sanitario e di supporto come segue:

è prevista l'assunzione di ulteriori **n. 28 Infermieri** (di cui 14 figure di infermiere di ricerca) unità incrementalì, nell'ambito della nuova dotazione organica 2024, pari a n. 504 unità.

È prevista l'assunzione di ulteriori **n. 2 tecnici sanitari di radiologia medica**, unità incrementalì rispetto agli attivi al 31/12/2023, nell'ambito della nuova dotazione organica 2024, pari a n. 192 unità.

È prevista l'assunzione di ulteriori **n. 4 OSS**, unità incrementalì rispetto agli attivi al 31/12/2023, nell'ambito della nuova dotazione organica 2024, pari a n. 180 unità.

Si prevede inoltre l'assunzione di **n. 1 unità di personale tecnico non sanitario** a saturazione della nuova dotazione organica 2024 appostata, pari a n. 112 unità, ridotta rispetto alle n. 128 unità appostate nel 2023.

Infine è prevista l'assunzione di ulteriori **n. 5 unità di personale amministrativo** a fronte in particolare delle attività legate ai progetti PNRR, unità incrementalì rispetto agli attivi al 31/12/2023, nell'ambito della nuova dotazione organica 2024, pari a n. 278 unità.

Tabella di sintesi delle posizioni in incremento

figura professionale	unità
medici	23
sanitari non medici	1
infermieri	28
tecnici sanitari	2
OSS	4
tecnici	1
amministrativi	5
Tot.	64

3.2.3 Il Piano Triennale 2024-2026

Partendo dalla dotazione organica del 2023, il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) sarà applicato nel rispetto della programmazione triennale della Fondazione e della dotazione organica che corrisponde al fabbisogno di personale necessario a ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e a perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e agli utenti, nonché in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Di seguito, in sintesi, il reclutamento di personale programmato per il 2025-2026 (tabella n. 1) e per l'anno 2024 (tabella n. 2) in base alla richiesta presentata in Regione:



Tabella n. 1

DOTAZIONE ORGANICA 2023						
DOTAZIONE ORGANICA 2023 del PTFP 2023-2025	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	DELTA ATTIVI AL 31/12/2023 E D.O. 2023 (PTFP 2023-2025)
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU			
DIRIGENZA MEDICA	294		2	4	298	-4
DIRIGENZA VETERINARIA					0	0
DIRIGENZA SANITARIA	41			18	59	1
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2	-1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4				4	0
DIRIGENZA TECNICA	3			2	5	0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7				7	-1
TOTALE DIRIGENZA N. TESTE	351	-	2	24	375	-5
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	476		6		476	-12
OSTETRICA					0	0
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	6				6	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	188				188	2
ASSISTENTI SANITARI	2				2	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1				1	-1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	18				18	1
ASSISTENTI SOCIALI	2				2	0
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	128				128	-17
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	175				175	5
AUSILIARI					0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO					0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	270				270	3
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				210	210	-12
TOTALE COMPARTO N. TESTE	1.266	-	6	210	1.476	-31
TOTALE COMPLESSIVO N. TESTE	1.617	-	8	234	1.851	-36
DIPENDENTI - N. TESTE TOTALI (AL NETTO PIRAMIDE)	1.617	-	8	-	1.641	-24



Tabella n. 2

LA COSTRUZIONE DEL PIANO FABBISOGNO TRIENNALE DEL PERSONALE					Richiesta alla DGW PGRU 2024
PROFILI	Attivi 2023	PGRU 2023	Incremento 2024	Anno 2024	
DIRIGENZA MEDICA	294	+4	+22	320	+26
DIRIGENZA SANITARIA	60		+1	61	+1
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	1	+1	-	2	+1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4		-	4	-
DIRIGENZA TECNICA	5		-	5	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6	+1	-	7	+1
TOTALE DIRIGENZA	370	+6	+23	399	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	471	+11	+28	510	+39
PERSONALE TECNICO SANITARIO	190		+2	192	+2
ASSISTENTI SANITARI	2		-	2	-
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1		-	1	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	19		-	19	-
ASSISTENTI SOCIALI	2		-	2	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	111		+1	112	+1
OTA	5		-	5	-
OSS	176		+4	180	+4
PERSONALE AMMINISTRATIVO	273		+5	278	+5
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA *	199	+11	-	210	+11
TOTALE COMPARTO	1.449	+22	+40	1.511	
TOTALE COMPLESSIVO	1.819	+28	+63	1.910	

* Finanziamento ministeriale per c.d. "piramidati"

3.2.4 Copertura del fabbisogno

La copertura del fabbisogno programmato per il 2024, tuttora in fase di definizione, prevede un costo complessivo di circa € 89 milioni per il personale ospedaliero e di circa € 12,8 milioni per il personale di ricerca. I finanziamenti del costo in bilancio, provenienti da Regione e Ministero, coprono il fabbisogno per:

- i dipendenti in forza durante l'anno 2024
- il turn-over dei dipendenti per cessazioni e pensionamenti
- il reclutamento dipendenti per incremento del personale in base alla programmazione strategica del 2024
- nonché tutti gli "istituti stipendiali" previsti per legge e in base ai contratti nazionali di lavoro del settore

Tale importo comprende anche i costi derivanti dagli incrementi contrattuali derivati dall'applicazione del nuovo CCNL Comparto firmato il 02.11.2022 ed entrato in vigore dal 01.01.2023.



3.3 Formazione del personale

La Fondazione, dal 2005 (anno di istituzione dell'accreditamento regionale), è Provider di Regione Lombardia per l'Educazione Continua in Medicina- *Continuous Professional Development* (ECM-CPD) e Certificata UNI EN ISO 9011 per il settore EA 37 "Istruzione".

Attraverso lo sviluppo continuo delle competenze, INT non solo intende promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, ma anche favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana, nonché incentivare l'innovazione.

La formazione aziendale costituisce dunque una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione, all'aggiornamento e al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato.

Il Piano di Formazione Aziendale (PFA) è tra gli strumenti strategici funzionali a supportare la realizzazione di questi obiettivi, definendo l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale, a seguito di una rilevazione del fabbisogno formativo volta a:

- mettere in luce le necessità formative espresse dalle singole strutture;
- far emergere eventuali gap formativi da colmare;
- promuovere eventi formativi su temi particolarmente innovativi o in relazione a temi "inediti", per cui in passato non è stata ancora erogata formazione.

Il PFA validato dal Comitato Scientifico del Provider ed approvato dal Direttore Generale, previa trasmissione dello stesso alle OO.SS., si traduce in eventi formativi programmati in INT e partecipazione ad eventi extrasede.

Durante il periodo di erogazione del PFA è previsto un monitoraggio periodico delle esigenze formative in relazione alla qualità e sicurezza delle cure e dei servizi e alla promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica, con l'eventuale realizzazione di eventi Extra Piano, valutati preventivamente dal Comitato Scientifico.

Per l'annualità 2024-2026, i processi formativi che saranno progettati e attivati, saranno differenziati in base:

- alle macro aree tematiche (formazione tecnica-professionale; formazione da obblighi di legge; formazione in ambito digitale, etc)
- al target dei destinatari, considerando le qualifiche professionali (es: medici, infermieri, amministrativi, etc) e/o il ruolo ricoperto (es: neoassunto, personale da re-skillare, etc).
- alle metodologie utilizzate (es: corsi residenziali, online, formazione sul campo, etc);

Il personale destinatario delle attività formative dell'annualità considerata è rappresentato da tutti i professionisti del ruolo sanitario, sia dirigenti che comparto, e dal personale non compreso nelle categorie ECM, ivi incluso il personale assunto con contratti di collaborazione, titolari di borse di studio e specializzandi.

Nella tabella sottostante, vi è un estratto di come saranno realizzati i principali obiettivi di sviluppo delle competenze del personale:

OBIETTIVO	AREA TEMATICA	TARGET DESTINATARI	METODOLOGIA
Sviluppo conoscenze tecniche-professionali in ambito sanitario	Aggiornamento pratiche cliniche e studi clinici; Utilizzo di attrezzature; miglioramento dei percorsi clinici e assistenziali; Diffusione e consolidamento del sistema Qualità aziendale e di gestione dei rischi;	Personale impegnato in attività di cura e supporto alla cura	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo Formazione a Distanza
Sviluppo conoscenze tecniche-professionali in ambito di ricerca	Qualità e integrità della ricerca; Gestione delle sperimentazioni cliniche e degli studi di Fase I; Gestione dei progetti e finanziamenti europei; Gestione della Comunicazione Scientifica	Personale impegnato in attività di sviluppo e supporto alla ricerca	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo Formazione a Distanza
Sviluppo competenze digitali	Colmare il divario digitale; potenziare le <i>digital skills</i> attraverso l'adesione al Programma Syllabus promosso del Dipartimento della Funzione Pubblica, in base a quanto riportato nella Direttiva del 24 marzo 2023	Tutto il personale	Formazione a Distanza
Sviluppo competenze manageriali	Clinical Competence dirigenziali; Lean Management; Valutazione del personale	Dirigenti, Personale con ruoli di coordinamento e incarichi di funzione	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo
Sviluppo cultura dell'uguaglianza di genere	Gender Equality Plan; Diversità e discriminazione di Genere	Tutto il personale	Formazione a Distanza
Sviluppo competenze relazionali	Comunicazione efficace nelle relazioni di cura; Team Building	Personale impegnato in attività di cura e supporto alla cura; Personale con ruoli di coordinamento e incarichi di funzione	Formazione Residenziale
Formazione cogente da obblighi normativi	Trasparenza e Anticorruzione; Privacy; Salute e Sicurezza sul luogo di lavoro; Radioprotezione; ulteriori bisogni emergenti richiesti dall'evoluzione normativa	Tutto il personale	Formazione a Distanza; Formazione Residenziale
Formazione base in ingresso	Area Amministrativa; Area di Ricerca; Area Sanitaria	Personale neoassunto	Formazione a Distanza



OBIETTIVO	AREA TEMATICA	TARGET DESTINATARI	METODOLOGIA
Up-skilling del Personale	Partecipazione a: Community di esperti e di pratiche in ambito di Formazione e Controller; Network per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti; Programmi formativi promossi dal Dipartimento della Funzione Pubblica	Personale con incarichi di funzione e/o impegnato in attività di promozione del cambiamento aziendale e di sviluppo dell'innovazione	Formazione a Distanza e Formazione Residenziale erogata da Organizzazioni esterne qualificate
Sviluppo dell'Innovazione	Intelligenza Artificiale in ambito di Ricerca Biomedica e Supporto Decisionale nella Pratica Clinica; Robotica in ambito clinico	Personale impegnato in attività cliniche e di sviluppo e supporto alla ricerca	Formazione Residenziale Formazione sul Campo

La diffusione e divulgazione delle iniziative formative verrà attuata mediante la pubblicazione del PFA, la pubblicazione dei programmi dei singoli eventi formativi sulla INTranet aziendale, nonché mediante apposite comunicazioni di segnalazione dell'evento formativo, inviate al target dei beneficiari via email e/o pubblicate sul Portale del Dipendente.

Considerato che, analogamente ai processi di progettazione ed erogazione degli eventi formativi, anche la misurazione dei risultati conseguiti è un elemento qualificante dell'attività formativa, INT ha definito un sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati, e relativi indicatori:

- indicatori di output/realizzazione** - La misurazione dei rapporti tra posti disponibili, numero di personale iscritto e di quanti hanno ultimato con profitto la formazione. Inoltre, rispetto agli eventi formativi erogati con modalità a distanza, la rilevazione anche dei tentativi falliti di superamento dell'apprendimento del singolo evento formativo, al fine di mettere in luce particolari e generalizzate complessità del percorso formativo.
Rendicontazione delle ore di formazione fruite in un anno, differenziate anche in base alla metodologia formativa e al profilo professionale.
Il PFA è monitorato trimestralmente non solo con indicatori di efficienza (% di realizzazione degli eventi pianificati), ma anche di efficacia, vale a dire la qualità percepita complessiva della formazione erogata in merito alla progettazione, docenza, didattica, organizzazione, soddisfazione complessiva.
Queste tipologie di indicatori sono implementate mediante rendicontazioni periodiche registrate in appositi sistemi informatici (file e applicativi).
- indicatori di outcome/impatto** – Per specifici eventi formativi, che rispecchiano particolari caratteristiche (es: filoni di attività particolarmente strategiche; adesione a obiettivi aziendali), viene valutata la ricaduta organizzativa, finalizzata a misurare l'efficacia della formazione, anche per porre in essere azioni correttive, riesaminare l'evento formativo, migliorare i contenuti e le metodologie. Per l'annualità oggetto del seguente PIAO, si intende inoltre implementare un sistema di valutazione di impatto ancora più completo, che miri a evidenziare lo sviluppo delle conoscenze a livello individuale o di gruppo, e il superamento del gap delle competenze tra quelle in entrata e in uscita

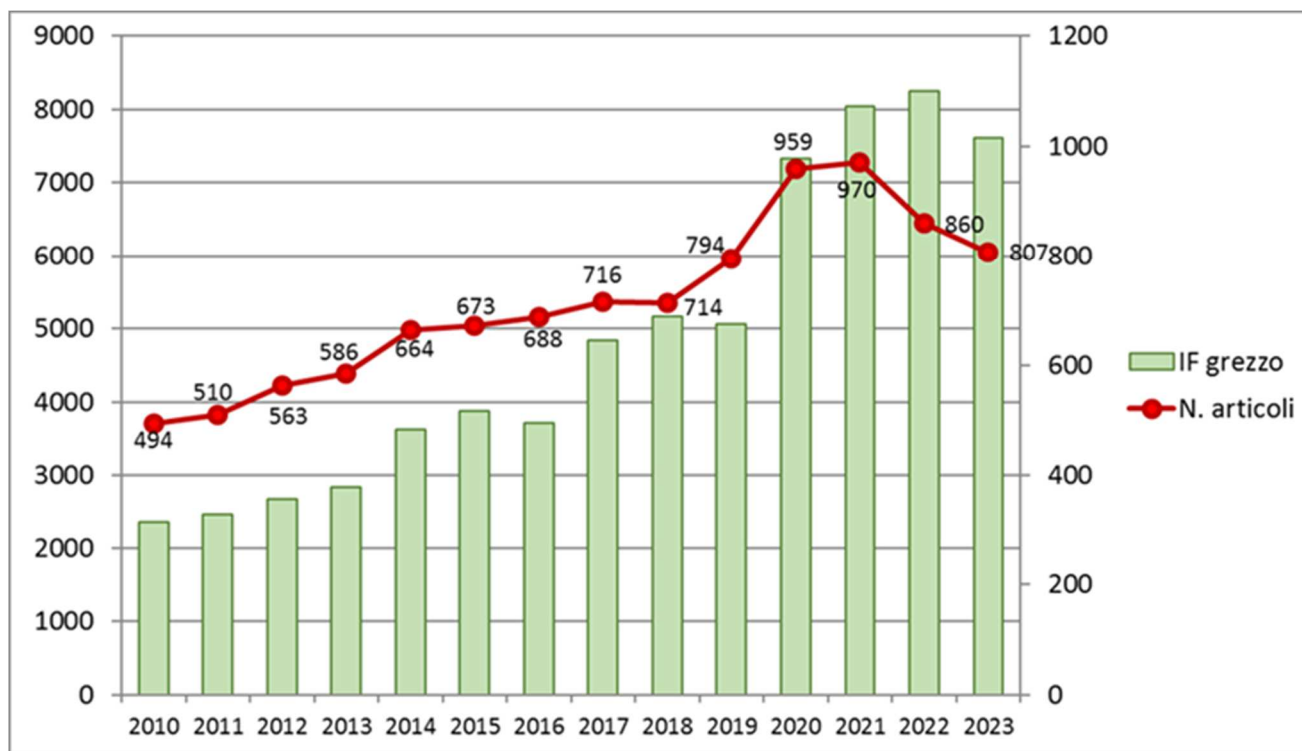
**FORMAZIONE ACCADEMICA E MISSIONI SCIENTIFICHE**

INT è parte del Polo Universitario dell'Università degli Studi di Milano come punto di riferimento in oncologia, ed ospita varie strutture a direzione universitaria:

- s.c. Anatomia Patologica 2 – prof. Giancarlo Pruneri
- s.c. Anestesia e Rianimazione – prof. Franco Valenza
- s.c. Ematologia - prof. Paolo Corradini (Direttore del Dottorato di ricerca in Ematologia Sperimentale)
- s.c. Oncologica Medica 1 - prof. Filippo de Braud (Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica)
- s.c. Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali dell'Adulto e Tumori Rari – prof. Paolo Casali
- s.c. Oncologia Medica 3 Tumori Testa e Collo – prof.ssa Lisa Licitra
- s.c. Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico 1 (epato-gastro-pancreatico) – prof. Vincenzo Mazzaferro
- s.c. Radioterapia – prof. Andrea Riccardo Filippi
- s.c. Cure palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione – prof. Augusto Caraceni
- s.c. Otorinolaringoiatria – prof. Alberto Deganello
- Corso di laurea triennale in Infermieristica

È sede di tirocinio professionalizzante per i Corsi di Laurea e i Master di I e II livello e di frequenze volontarie finalizzate a perfezionare le competenze nelle diverse specialità oncologiche. In particolare nell'anno 2023 si registrano complessivamente 314 Specializzandi, 91 Tirocinanti medici, 107 Tirocinanti universitari delle professioni sanitarie, 66 studenti del Corso di laurea in Infermieristica, 128 frequentatori volontari (di cui 68 italiani, 15 di altri paesi EU e 45 Extra EU) e 90 studenti USA del progetto "THE ATLANTIS FELLOWSHIP".

INT è sede del Dottorato di ricerca PhD Programme sotto l'egida della Open University (UK). Il programma è rivolto a laureati in Biotecnologie, Scienze Biologiche, Medicina e Chirurgia, Chimica e Tecnologia Farmaceutiche che intendono intraprendere la carriera di ricercatore in campo oncologico.

PRODUTTIVITÀ SCIENTIFICA



3.4 Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo. Nello specifico, le Azioni positive identificate al suo interno costituiscono misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati dall'Istituto è fondamentale sensibilizzare tutti gli organi interessati promuovendo la collaborazione tra gruppi di lavoro Comitati e Organi istituzionali, già presenti in Fondazione. Di seguito se ne riportano alcuni.

L'organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.

L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Inoltre l'adozione del "Gender Equality Plan", pubblicato sul sito al link <https://www.istitutotumori.mi.it/gender-equality-plan1>, conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari. Di seguito si descrivono alcune azioni che sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2023- 2025:

Macro area	Azioni	2024	2025	2026
Tutela della Salute, Prevenzione e Benessere lavorativo	Documento stress lavoro correlato (SLC)	Aggiornamento	implementazione proposte	implementazione proposte
	Promozione di attività ludico - ricreative e sportive	Si	Si	Si
	Sportello informativo e di ascolto per il disagio psicosociale lavoro-correlato	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Gestione evento avverso: supporto psicologico agli operatori	Attuazione	Mantenimento	Mantenimento
	Gruppo di lavoro "stress Lavoro-correlato" e gruppo di lavoro "Violenza"	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento



Macro area	Azioni	2024	2025	2026
Attività di formazione e informazione	Creazione di una bacheca virtuale con i benefit e le Azioni Positive a favore dei dipendenti all'interno del Portale del dipendente	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Rilevazione del Benessere Organizzativo dei dipendenti	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti	Aggiornamento	Aggiornamento	Aggiornamento
Promozione del benessere organizzativo	Eventi formativi dedicati	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Organizzazione di un video di accoglienza e di presentazione per il nuovo personale in ingresso	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, ecc..)	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell'ambito lavorativo, laddove necessario	Organizzazione/ Attuazione	Attuazione/ Mantenimento	Mantenimento
	Campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	Promozione del lavoro agile	Redazione Regolamento, previo confronto con le OO.SS. sui criteri generali di individuazione delle attività, nonché criteri di priorità per l'accesso	Attuazione	Miglioramento
	Installazione locker amazon	Si	Si	Si
	Collaborazione con il Circolo Ricreativo Aziendale per attivazione iniziative sia interne che esterne alla Fondazione (convenzioni, corsi per promuovere l'attività fisica ecc..)	Si	Si	Si



3.5 Organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il "lavoro agile" come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione.

Si riportano di seguito le azioni previste dall'INT nel triennio 2024-2026.

Topic	2024	Obiettivo 2025	Obiettivo 2026
Regolamento in materia di Lavoro Agile	Aggiornamento del Regolamento, previo confronto con le OO.SS., in forza della sottoscrizione del nuovo CCNL dell'Area sanità	Attuazione Regolamento	Analisi dell'attività Mantenimento
Help desk informatico dedicato al lavoro agile	Richiesta attivazione	Attuazione	Mantenimento
Personale che ricorre allo smart working	Definizione di profili professionali e numeri di personale dedicabile, con prevalenza della prestazione in presenza	Aumento della platea	Mantenimento
Accordo integrativo individuale	Attuazione	Mantenimento	Mantenimento
Verifica e valutazione dell'attività svolta	Si	Si	Mantenimento



Sezione 4: Monitoraggio

4.1 I sistemi di monitoraggio e verifica

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti è svolto dai competenti uffici dell'INT, ed in particolare:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Direzione Strategica e s.s. Controllo di Gestione
2. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
3. Organizzazione del capitale umano – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
4. Soddisfazione utenti – SC Qualità e Risk Management, URP.

4.1.1 Il monitoraggio del valore pubblico e della performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati;

e si svolge con **frequenza annuale** attraverso l'impiego di due strumenti metodologici:

- 1) **il processo di budget** (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;
- 2) **il sistema di valutazione individuale** che consente di misurare e valutare la performance individuale.

Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del Ciclo della performance:

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni **indicatori** allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.
- Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso l'INT recepisce:
- le disposizioni di legge, come da D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV *"Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde"*;
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida (*"Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance"*);
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2023-2025 e con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall'Autorità Anticorruzione, la Fondazione si sta adoperando per garantire l'integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.



Al fine di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi di performance e degli obiettivi aziendali, la Fondazione prevede l'esistenza di un **sistema dei controlli interni**, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. La massima funzionalità di tale sistema viene garantita dall'attivazione di funzioni che permettono di classificare i controlli in **quattro aree**:

1) Area della gestione:

Il Controllo di gestione e la Gestione Operativa, che assistono la Direzione Strategica verificando l'economicità e la sostenibilità della gestione delle risorse.

2) Area della qualità:

La Qualità aziendale e il Risk Management, al fine del controllo della qualità e il grado di rischio delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorarne la loro efficacia

3) Area dei processi:

L'Internal Auditing, che svolge un'attività indipendente e obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della Fondazione.

4) Area dell'amministrazione:

- a) controllo presenza in servizio del personale dipendente;
 - b) procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
 - c) controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
 - d) verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
 - e) controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
 - f) controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
 - g) controllo atti;
 - h) tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Strategica.
- I) Il monitoraggio la verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali è demandata al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

Il NVP monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi; valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali; garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché dell'utilizzo dei premi; propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi.

Il Nucleo è inoltre responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa.



4.2 Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e di apportare modifiche in caso di non conformità.

Anticorruzione

I Responsabili delle misure di prevenzione presenti nei PTPCT effettuano un costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure specifiche di loro competenza, riferendo di norma trimestralmente, con una nota al RPCT, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

Il RPCT effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi, richiedendo ai Dirigenti coinvolti di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse attraverso la compilazione, per ciascuna misura, di tutti i campi corrispondenti alla scheda "Monitoraggio del processo", corredato della eventuale documentazione di supporto.

Il RPCT effettua inoltre un controllo programmato di secondo livello sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite *audit*. La priorità viene data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.

Trasparenza

Al fine di assicurare un efficace sistema di monitoraggio dell'attuazione degli adempimenti di trasparenza i Responsabili delle strutture competenti alla predisposizione/raccolta di dati, individuati nell'allegato n. 2 al presente Piano, predispongono ed inoltrano al RPCT rendicontazioni trimestrali sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi.

Di tale attività di aggiornamento è data informazione costante al RPCT, che svolge il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti previsti dal piano alle scadenze indicate nella tabella "Allegato n. 2" con cadenza periodica.

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, spetta agli Organismi Indipendenti di Valutazione il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte delle amministrazioni e degli enti.

Le attestazioni di tali organismi costituiscono uno dei principali strumenti di cui si avvale l'ANAC per verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente. Tale verifica viene svolta dall'Autorità nell'esercizio dei poteri di vigilanza e controllo in materia di trasparenza, ai sensi della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e successive modificazioni.

L'organismo di valutazione della Fondazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), in ottemperanza a quanto sopra, ha rilasciato le proprie attestazioni, relativamente agli obblighi di pubblicazione per gli anni dal 2013 ad oggi. Come da previsione normativa, le stesse attestazioni sono pubblicate sul sito web, sezione "Amministrazione trasparente" alla pagina: <https://www.istitutotumori.mi.it/attestazioni-del-nucleo-di-valutazione>.

4.3 Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

La valorizzazione del capitale umano in Fondazione è attuata mediante le seguenti modalità:

- **monitoraggio mensile** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse Umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle



cessazioni a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;

- **strutturazione di specifiche progettualità** finalizzate a migliorare l'erogazione dei servizi e l'iter diagnostico terapeutico, con assunzioni di personale autorizzato da Regione Lombardia oltre il limite della dotazione organica della precedente annualità, nel rispetto del budget per la spesa del personale, con periodicità legata al PTFP e possibilità di sviluppo pluriennale;
- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, del D.Lgs. n. 165/2001;
- **assegnazione di borse di studio**, con apposite sedute a cadenza mensile, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso;
- **adozione di un sistema di valutazione individuale** legato al ciclo della performance (schede di budget, ad oggi verificate dal nucleo di valutazione trimestralmente);
- **sviluppo di percorsi di carriera** della Dirigenza mediante la mappatura di competenze e conoscenze acquisite, in relazione al potenziale di crescita professionale e per l'eventuale assegnazione di incarichi superiori.



Contesto normativo

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Istituto rientra in un contesto normativo sia nazionale, relativo alle direttive ministeriali, sia regionale con la legge di riforma del servizio sanitario regionale lombardo.

La normativa nazionale di riferimento in base alla quale è stato redatto il presente PIAO è la seguente:

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs 150/2009 e successive modifiche, di 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, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs 190/2012 e successive modifiche, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato";
- D.Lgs 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd "decreto Rilancio") convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia;
- D.M. 24 giugno 2022;
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione.

Si allegano:

1. Allegato 1 – Tabella analisi dei rischi corruzione;
2. Allegato 2 (a) - Tabella riepilogativa attività per la trasparenza;
3. Allegato 2 (b) - Sotto sezione 1° livello – trasparenza: bandi di gara e contratti

Allegato I MAPPATURA DEI RISCHI - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026											
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)	
N.	AREE GENERALI										
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Programmazione	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità - Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza - Volontà di premiare interessi particolari	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità/conflicto di interesse dei commissari e sostituzione del commissario che ha dichiarato la sussistenza di una situazione di incompatibilità/conflicto di interesse.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, costante valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica di tutte le convenzioni/accordi quadro già in essere, in particolare per le categorie di cui al DPCM 24/12/2015 per le quali è obbligatorio il ricorso a centrali di committenza per importi superiori alle soglie ivi indicate Publicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni. Publicazione, previo passaggio al Nucleo di Programmazione, della programmazione biennale e degli aggiornamenti annuali, con evidenza ove conosciuto dell'adesione a centrali di committenza	ANNUALE	
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Progettazione della gara	- La fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate; - l'elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); - prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - l'abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità. Publicazione avviso esplorativo per le procedure di gara sopra soglia per la verifica delle condizioni ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Percentuale degli affidamenti non concorrenziali nell'arco di un anno, che, in corso di esecuzione o una volta eseguiti, abbiano oltrepassato i valori di soglia previsti dal codice (valore atteso: <1%) Numero di contratti riportanti clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici/numero dei contratti Numero di bandi con clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità/numero dei bandi	ANNUALE	
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Procedure sotto soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Publicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Publicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE	
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Procedure sotto soglia: - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori alla soglia prevista dal codice degli appalti (illecito frazionamento)	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento; - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il rischio è variegato e di difficile contenimento; nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	A) Elenco degli affidamenti diretti sotto i 40.000 euro (oggetto, importo, Cig/Smartcig, procedura di aggiudicazione (diversa da MEPA), aggiudicatario) e delle procedure negoziate senza bando per acquisti di beni sanitari ritenuti infungibili/esclusivi (stessi dati). Evidenza del rapporto, su base annuale, tra il valore degli affidamenti diretti e delle procedure negoziate senza bando, nonché degli acquisti di beni infungibili/esclusivi acquistati, sul totale del valore dei beni acquistati (suddiviso per beni, servizi e lavori); B) Verifica superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto, su fondi istituzionali, relativi allo stesso bene (stesso codice prodotto) del medesimo fornitore.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Redazione di report contenente gli indicatori di cui ai punti A, B	SEMESTRALE	
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Procedure di affidamento di appalti di importo superiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo superiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori alla soglia prevista dal codice degli appalti (illecito frazionamento)	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	A) Elenco degli appalti attualmente in regime di proroga/rinnovo con l'indicazione della data di scadenza, la data di aggiudicazione iniziale del contratto, il CIG, ed elementi sull'eventuale rinegoziazione del contratto (quantità e valore sul totale); B) Rapporto tra il valore economico dell'acquistato tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato; C) Rapporto tra il valore economico dell'acquistato tramite adesioni a convenzioni/accordi quadro/gare regionali ed il totale del valore acquistato	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Redazione di report contenente gli indicatori di cui ai punti A, B e C	SEMESTRALE	

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Procedure sopra soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza	Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Publicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Publicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Acquisizione beni e servizi	Rapporto dei fornitori/operatori economici con il personale sanitario del comparto	Distorsione nelle modalità di acquisizione e utilizzo di dispositivi medici	ACCETTABILE	Il processo risulta governato da: atti amministrativi e procedure interne. Criticità: - eccesso di discrezionalità - assenza di comunicazione tra uffici, sospetto conflitto di interessi Conclusioni: il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Verifica/Revisione delle istruzioni al personale relative ai comportamenti da adottare con i fornitori/operatori economici	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	Verifica necessità aggiornamento delle istruzioni: SI/NO Revisione: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Programmazione	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità - Mancato monitoraggio degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza - Volontà di premiare interessi particolari	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità. Conclusioni: Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio.	Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica di tutte le convenzioni/accordi quadro già in essere, in particolare per le categorie di cui al DPCM 24/12/2015 per le quali è obbligatorio il ricorso a centrali di committenza per importi superiori alle soglie ivi indicate. Publicazione, sul sito istituzionale, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni. Publicazione programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Verifica delle convenzioni e degli accordi quadro già in essere: 100% Verifica dell'esistenza per ciascuna procedura di gara autonoma della dichiarazione del RUP relativa all'assenza di convenzioni di centrali di committenza attive. Publicazione di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni: SI/NO Publicazione della programmazione lavori pubblici nei termini di legge.	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Progettazione della gara	- la fuga di notizie circa i contenuti della documentazione di gare non ancora pubblicate; - l'elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); - prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - l'abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità. Publicazione avviso esplorativo per le procedure di gara sopra soglia per la verifica delle condizioni ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Percentuale degli affidamenti non concorrenziali nell'arco di un anno, che, in corso di esecuzione o una volta eseguiti, abbiano oltrepassato i valori di soglia previsti dal codice (valore atteso: <1%) Numero di contratti riportanti clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici/numero dei contratti Numero di bandi con clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità/numero dei bandi Publicazione avviso esplorativo in caso di procedure sopra soglia ex art. 63 c. 2 lett. b) del dlgs 50/2016: 100%	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Procedure sotto soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	- possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; - l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; - la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV publicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Publicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Publicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Procedure sotto soglia: - Affidamento di appalti di importo inferiore a € 40.000 (art. 1 del D.L. 76/2020, comma 2) importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro)	Possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi al fine di eludere le procedure di acquisto per affidamenti superiori a € 40.000 (illecito frazionamento)	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifica superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto di forniture, su fondi istituzionali, relativi allo stesso bene del medesimo fornitore	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Redazione di report semestrale di verifica del superamento su base annuale dell'importo di € 40.000 per acquisti in affidamento diretto di forniture, su fondi istituzionali, relativi allo stesso bene del medesimo fornitore. SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Procedure sopra soglia: - Selezione del contraente - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	- possibilità che i vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; - l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito; - la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto: mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità. Conclusioni: Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Publicazione sul sito web istituzionale dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV pubblicazione degli avvisi di sorteggio dei componenti delle commissioni giudicatrici in caso di procedura con OEPV Publicazione sul sito web istituzionale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Sottoscrizione dichiarazione di assenza conflitto di interesse da parte del RUP, DEC e componenti commissioni di gara.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Publicazione del 100% dei nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti e relativi CV Publicazione 100% avvisi di sorteggio commissari Publicazione del 100%, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse agli atti delle procedure di gara	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di servizi e forniture e lavori	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - mancata o insufficiente verifica della corretta esecuzione del servizio o/e della fornitura	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione - complessità della normativa di riferimento Conclusioni: le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Attuazione di misure volte al miglioramento dell'esercizio della funzione di Direttore dell'esecuzione dei contratti: - Regolamento sull'esercizio della Funzione del DEC - Formazione inerente le responsabilità e compiti del DEC alla luce della disciplina in materia di prevenzione della corruzione - Messa a disposizione di strumenti operativi per l'esercizio della funzione di DEC: Check-list.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Strutture interessate dall'esecuzione e rendicontazione di contratti di servizi, forniture e lavori con individuazione del DEC	- Redazione Regolamento: SI/NO - Svolgimento evento formativo: SI/NO - Realizzazione Check-list: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti (beni, servizi e lavori)	Danno erariale inerente la mancata corrispondenza tra prestazione richiesta, eseguita e liquidata.	RILEVANTE	Il processo risulta in parte vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento; - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	Redazione di una procedura qualità interna che descriva le attività di verifica propedeutiche alla liquidazione (Verifica della corrispondenza tra richiesto e fatturato)	s.c. Gestione Acquisti - ACQ	Tutte le strutture della Fondazione	Redazione Procedura interna: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di servizi e forniture	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore - approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri, introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio - apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti. - gestione inefficiente del magazzino (inventario e rendicontazione)	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - complessità della normativa di riferimento - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di un unico soggetto Conclusioni: le verifiche risultano adeguate a ridurre il rischio	Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti. Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali, relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni. Verifica della corretta esecuzione del contratto (per competenza) da parte della DMP Pubblicazione resoconto finanziario dei contratti conclusi nell'anno.	s.c. Gestione Acquisti - ACQ s.c. Direzione Medico di Presidio	s.c. Gestione Acquisti - ACQ s.c. Direzione Medico di Presidio	Numero dei contratti prorogati nell'arco dell'anno (n. 0 proroghe contrattuali dovute a carenza di programmazione e/o inadempienze da parte del RUP); Pubblicazione del 100% degli accordi bonari e delle transazioni. Verifica relativa al rispetto delle procedure di sicurezza (per competenza) da parte della DMP: 100% Pubblicazione resoconto finanziario: 100%	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di realizzazione di lavori Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di servizi/forniture	- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore - approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri, introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio - apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto: mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione della rotazione; - parziale eccesso di discrezionalità Conclusioni: Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti. Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali, relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni. Pubblicazione resoconto finanziario dei contratti conclusi nell'anno.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	Numero dei contratti prorogati nell'arco dell'anno (n. 0 proroghe contrattuali dovute a carenza di programmazione e/o inadempienze da parte del RUP); Pubblicazione del 100% degli accordi bonari e delle transazioni. Pubblicazione resoconto finanziario: 100%	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti di gestione/manutenzione apparecchiature	Rischio relativo a: A) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto non adeguatamente preventivate B) inadempimento contrattuale	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - eccesso di discrezionalità - rallentamenti dei tempi di svolgimento del processo e delle attività Conclusioni: il rischio risulta essere medio-basso poiché ad oggi non risultano varianti e/o presenza di accordi bonari/transazioni e il monitoraggio del piano di manutenzione può essere effettuato real-time in qualsiasi momento	a) Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti. b) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali, relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni. c) Controllo costante della corretta esecuzione del contratto e del corretto andamento dei macchinari. d) Implementazione di un software per monitoraggio real time dello stato di manutenzione del parco macchine	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Ingegneria Clinica	a) N. studi di fattibilità relativi a grandi installazioni per limitare il ricorso alle varianti esclusivamente ai casi imprevisi ed imprevedibili (100%) b) Pubblicazione accordi bonari e transazioni: 100% c) Monitoraggio del piano di manutenzione del parco macchine (100%) d) Controllo real time dello stato delle manutenzioni/verifiche di sicurezza/controlli qualità del parco macchine: 100% d1) Verifica a campione trimestrale: SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni di competenza della s.c. Ingegneria clinica	Rischio relativo a: Presenza di apparecchiature non autorizzate (comodati d'uso/donazioni/visioni)	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: assenza di comunicazione tra uffici: l'esposizione al rischio potrebbe derivare da comunicazione non immediata di una procedura di visione da parte delle strutture utilizzatrici Conclusioni: Le verifiche eseguite risultano adeguate a ridurre il rischio	a) controllo costante della presenza di apparecchiature derivanti da comodati d'uso/donazioni/visioni di competenza della s.c. Ingegneria clinica b) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura relativa alla gestione delle apparecchiature (visioni) di competenza della s.c. Ingegneria clinica	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Ingegneria Clinica	a) report annuale attestante l'avvenuta verifica delle apparecchiature concesse in comodato d'uso/donate/visioni: 100% b) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di dispositivi medici attraverso prove d'uso/ visioni di competenza della s.c. Farmacia Ospedaliera	Rischio relativo a: Presenza di dispositivi medici non autorizzati (prove d'uso/visioni) di competenza della s.c. Farmacia	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne. Elementi di criticità: scarsa e/o parziale di comunicazione tra uffici Conclusioni: le verifiche eseguite risultano trasparenti e adeguate a ridurre il rischio.	Redazione di una procedura interna di qualità per il controllo di dispositivi medici derivanti da prove d'uso, visioni di competenza della s.c. Farmacia Controllo semestrale della presenza di dispositivi medici derivanti da prove d'uso e visioni di competenza della s.c. Farmacia	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	Redazione della procedura interna: SI/NO Report attestante l'avvenuta verifica: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Gestione delle procedure relative all'ingresso di apparecchiature attraverso comodati d'uso/donazioni/visioni	Rischio: potenziale conflitto di interessi, non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia; - complessità della normativa di riferimento; - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di controlli; - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: le verifiche risultano adeguate a minimizzare il rischio.	a) Verifica sulla necessità di aggiornamento del vademecum per la gestione delle apparecchiature in entrata in Fondazione (es. comodato d'uso gratuito, conto visione) b) verifica di appropriatezza dell'uso dei macchinari nella struttura	s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Gestione Acquisti - ACQ s.c. Ingegneria Clinica	Verifica necessità di aggiornamento: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti SI	Rischio relativo a: - recesso/rescissione contratto - Inadempimento, mancanza di applicazione penali; - Comportamento collusivo del RUP/DEC	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo esercitato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	a) Verifica periodica delle banche dati della Fondazione b) Report semestrale di monitoraggio dell'esecuzione dei contratti di importo maggiore di 40.000	s.c. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	a1) Controllo semestrale a campione: 30% dei programmi in uso dalla Fondazione; a2) Monitoraggio del piano di manutenzione e backup del parco macchine (backup pc - 100%) b) Predisposizione report di monitoraggio semestrale dell'esecuzione dei contratti (> 40.000 €)	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti SPP	Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte.	MARGINALE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - mancanza di trasparenza - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni: le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al massimo il rischio	Rendicontazione annuale della corretta esecuzione dei contratti di competenza del SPP	Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Verifica esecuzione contratti: 100%	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti SI	Danno Erariale dovuto ad un ingiustificato riconoscimento di compensi per attività svolte parzialmente/non svolte.	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: Con riferimento al processo in esame, il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Il rischio risulta ampiamente governato.	Verifica necessità di aggiornamento/revisione della procedura interna che descrive le operazioni di verifica e controllo della regolarità alla liquidazione delle fatture.	s.c. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	Verifica procedura effettuata: SI/NO Revisione effettuata: SI/NO	ANNUALE
A. Contratti pubblici / Affidamento ed esecuzione di lavori, servizi e forniture	Contratti pubblici - Esecuzione del contratto - Rendicontazione del contratto	Esecuzione e rendicontazione dei contratti Formazine ai RUP e DEC	Rischio: potenziale conflitto di interessi, non aderenza ai principi generali di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione.	MARGINALE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: Con riferimento al processo in esame, il tipo di controllo applicato assicura ampia trasparenza. Il rischio risulta ampiamente governato.	Elaborazione di una Procedura/Linee Guida/Manuale che descriva e definisca i ruoli di RUP e DEC, funzioni e responsabilità.	Gruppo di lavoro: s.c. Gestione Acquisti s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica	Tutte le strutture della Fondazione	Elaborazione di una Procedura/Linee Guida/Manuale: SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Acquisizione del personale attraverso procedura concorsuale	Potenziale rischio legato a: a) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari. b) Irregolare composizione della commissione di concorso.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - eccessiva regolamentazione e/o complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione; - possibile conflitto di interesse Conclusioni: - Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio; - il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza.	a) verifica a campione della veridicità delle autocertificazioni rese dai candidati assunti circa il possesso dei requisiti b) Verifica dei prerequisiti delle commissioni esaminatrici (art. 35 bis - D.lgs. 165/2001) - casellario giudiziale. b1) Verifica acquisizione dichiarazioni ex art. 51 e 52 C.P.C. e ex art. 35 D.Lgs 165/2001	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	a) N° (minimo 5%) di verifiche effettuate semestralmente sulla veridicità delle autocertificazioni. b) N° Verifiche dei prerequisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici: 100% b1) Verifica acquisizione dichiarazioni ex art. 51 e 52 C.P.C. e ex art. 35 D.Lgs 165/2001: 100%	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Progressioni economiche o di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato sia dalla Legge che da atti amministrativi Criticità: - eccesso di discrezionalità - mancanza di personale e conseguente impossibilità di programmazione - possibile conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio	Verifica corrispondenza del profilo posseduto dal candidato con i requisiti di accesso alle progressioni economiche o di carriera	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Numero di verifiche dei requisiti per l'accesso alle progressioni economiche o di carriera: 100%	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi dirigenziali	Sostituzione della dirigenza medica sanitaria	Condotte elusive delle ordinare procedure di selezione	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - mancanza di trasparenza - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza; le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	a) Pubblicazione di posti	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Codice Etico e Comportamentale	Adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale	Azioni e comportamenti illegittimi, illeciti e/o contrari alla buona amministrazione.	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - complessità della normativa di riferimento - mancanza di trasparenza Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza e diffusione	Specifiche attività di formazione e informazione rivolta a tutto il personale della Fondazione. Monitoraggio attuazione Codice etico comportamentale: reportistica annuale (n° segnalazioni totali e per fatti penalmente rilevanti, n° procedimenti attivati totali e per fatti penalmente rilevanti, n° di sanzioni disciplinari comminate totali e per fatti penalmente rilevanti)	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Svolgimento attività di formazione e informazione sul Codice etico e comportamentale Redazione report annuale: SI/NO	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi dirigenziali e/o incarichi di funzione	Selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione	a) Scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi professionali allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti b) scarsa rigidità circa la modalità di conferimento degli incarichi di funzione, allo scopo di assegnarli a determinati dipendenti	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità; - eccesso di discrezionalità; - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica puntuale dei requisiti di accesso alla selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione b) Verifica del rispetto dei criteri previsti da norme/contratti	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Numero di verifiche dei requisiti di accesso alla selezione per incarichi dirigenziali o incarichi di funzione e dell'utilizzo di criteri predefiniti: 100%	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Contratti Atipici	Borse di Studio	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato da atti e prassi amministrative Elementi di criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - scarsa chiarezza della normativa di riferimento - eccesso di discrezionalità - mancanza di trasparenza - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: Il processo risulta di difficile governo. Le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al massimo il rischio	Verifica dei bandi oggetto di ricorso per individuazione degli elementi utili alla rimozione delle eventuali irregolarità e conseguente adozione di misure correttive.	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Verifica dei bandi per la concessione di borse di studio: [SI/NO]	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Contratti Atipici	Conferimento incarichi di collaborazione professionale o occasionale	a) Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari. b) Irregolare composizione della commissione di valutazione, ove costituita.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento; - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse - mancanza di controlli sulla regolarità dello svolgimento della selezione - mancanza di trasparenza Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a1) Verifiche di conformità tra la richiesta di collaborazione del Responsabile del progetto e i requisiti prescritti dalla normativa e dalle procedure interne (Gruppo di verifica collaborativa interno); a2) verifiche della veridicità delle autocertificazioni e relativi titoli di studio e iscrizione all'albo dei candidati selezionati; a3) verifica dei bandi oggetto di ricorso per individuazione degli elementi utili alla rimozione delle eventuali irregolarità e conseguente adozione di misure correttive; b) Acquisizione della dichiarazione dei componenti della commissione di insussistenza di incompatibilità artt. 51 e 52 c.p.c. e conseguente verifica.	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	a1) N° di verifiche di conformità tra la richiesta di collaborazione del Responsabile del progetto con i requisiti prescritti dalla normativa e dalle procedure interne: 100% a2) N° verifiche sulle autocertificazioni: 5% a3) N° di verifiche effettuate e relativi verbali di verifica [SI/NO] N° di ricorsi/N° di procedure concorsuali inferiore al 5% In caso di ricorso: N° di ricorsi persi inferiore al 5% b) Verifica acquisizione dichiarazioni ex artt. 51 e 52 c.p.c.: 100%	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi Extraistituzionali	Autorizzazioni a dipendenti INT allo svolgimento di attività esterne ex art.53 D.Lgs.165/2001 (es. Advisory board, consulenze scientifiche)	a) Illegittima autorizzazione allo svolgimento di incarichi in elusione al principio di esclusività	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Verifica semestrale dei presupposti delle autorizzazioni degli incarichi extraistituzionali; a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati;	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	a) Verifiche a campione dei presupposti di autorizzazioni: 5% degli incarichi a1) Pubblicazione sul sito istituzionale dell'elenco degli incarichi extraistituzionali autorizzati: 100%	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Incarichi Extraistituzionali	Conferimento incarichi a dipendenti di altre pubbliche amministrazioni ex art. 53 D.Lgs. 165/2001	Conferimento incarichi in carenza di requisiti	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio.	Verifica della corrispondenza dei requisiti posseduti dall'incaricato e i requisiti previsti da norme di legge e/o regolamenti interni.	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Verifiche sulla sussistenza dei requisiti degli incarichi conferiti: 100%	ANNUALE
B. Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale	Gestione presenze	Anomalia nella registrazione delle presenze	Danno all'immagine provocato all'Ente.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. - mancata attivazione di procedimenti disciplinari Conclusioni: il tipo di verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Verifica giornaliera degli ingressi e delle uscite dei dipendenti tramite sistema rilevamento presenze. Immediata segnalazione di anomalie ai Direttori/Responsabili delle strutture in caso di anomalie nella timbratura.	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Verifica delle anomalie di timbratura: 100%	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione stipendi	Ripartizione proventi libera professione	Ripartizione ingiustificata dei proventi maturati nell'attività di Libera Professione Intramoenia e di supporto alla stessa	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne Elementi di criticità: possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Consolidamento del processo previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza (cap XII- art. 69)	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione- ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione- ACLP	Attuazione del piano annuale di controllo previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza(cap XII- art. 69): SI/NO	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Pagamenti	gestione dei pagamenti, della contabilità e dei relativi flussi informativi	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di favorire il pagamento delle forniture/servizi di particolari soggetti	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifiche a campione su pagamenti al fine di riscontrare che siano stati pagati nei tempi previsti dalla normativa e che vi sia evidenza dei controlli effettuati dal servizio acquirente e dal personale addetto all'emissione del mandato.	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Verifica mensile su n. 20 mandati corrispondenti a circa l'11% del totale	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Immobilizzazioni materiali e immateriali	Gestione del patrimonio	Mancate o errate imputazioni in bilancio, con conseguente danno erariale per l'ente.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da procedura interna Elementi di criticità: Eccesso di burocrazia dovuto all'eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività conseguenti Conclusioni: Il tipo di controllo programmato appare adeguato a ridurre eventuali rischi e ad assicurare ampia trasparenza	Adozione linee guida interne sulla gestione delle immobilizzazioni materiali, immateriali e dei cespiti di competenza SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	s.c. Sistemi Informativi - SI	Redazione/Aggiornamento linee guida: SI/NO	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile	Gestione del patrimonio	Cattiva o omessa gestione di beni mobili (preziosi, quote azionarie, ecc.) acquisiti dalla Fondazione iure ereditatis.	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato da prassi amministrative. Criticità: - mancanza di trasparenza - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Conclusioni: con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo programmato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	Verifica preventiva e successiva all'inventario dei beni mobili ereditati dalla Fondazione (procedura di qualità).	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	Redazione/Aggiornamento della Procedura di qualità: SI/NO	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Patrimonio disponibile	Gestione del patrimonio	Cattiva o omessa gestione di beni immobili : a) Distorsione delle modalità di selezione del contraente in caso di dismissione, vendita, locazione e affitto. b) Conflitti di interesse tra Fondazione e contraente (Locatario/acquirente) c) Inefficienza gestione immobili	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia (eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività) - potenziale conflitto di interesse - mancanza di personale a supporto della struttura Conclusioni: con riferimento al processo in esame, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo esercitato appare adeguato a ridurre eventuali rischi	a) Procedura a evidenza pubblica nella selezione dei contraenti (acquirente, locatario) b) verifica relativa all'assenza di conflitti di interesse c) proposta di progetto congiunto s.c. AGL e s.c. PST per efficientamento della gestione degli immobili (trasmesso alla Direzione Amministrativa in data 30/10/2018, per valutazioni con la Direzione Strategica)	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° contraenti selezionati con procedure pubbliche (acquirenti, locatari) / N° dei contraenti: 100% a1) Numero dei contratti di affitto/locazione prorogati nell'arco dell'anno (valore atteso: 0) b) N° verifiche sull'assenza di conflitti di interesse: 100% c) Approvazione Progetto da parte della Direzione Strategica e successiva proposta al C.d.A.: SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Garanzie fideiussorie	Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie Enti Sireg	Rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili che possono comportare difficoltà al momento dell'escussione	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	Verifiche semestrali: 100%	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	Verifiche semestrali: 100%	SEMESTRALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione del magazzino	Gestione del patrimonio e delle giacenze	Danno Erariale	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento.	a) Elaborazione di una procedura interna per il controllo delle giacenze e degli arrivi (sia in fase di deposito che di utilizzo) b) Rendicontazione annuale	Gruppo di lavoro: s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Gestione Acquisti s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. Sistemi Informativi s.c. Ingegneria Clinica	a) Elaborazione/aggiornamento di una procedura interna : SI/NO b) rendicontazione annuale	ANNUALE
C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Obblazioni in denaro	Gestione del patrimonio	Danno Erariale	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento.	a) Elaborazione di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione b) formalizzazione con provvedimento amministrativo c) Pubblicità sul sito Internet	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	a) Elaborazione/aggiornamento di una procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione: SI/NO b) formalizzazione con provvedimento amministrativo: SI/NO c) Pubblicità sul sito Internet: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Patrimonio disponibile	Valutazione circa conferimento di incarico a Notaio	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta del professionista secondo il criterio di rotazione e competenza.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività - assenza di competenze del personale addetto ai processi - eccesso di discrezionalità - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio	a) Aggiornamento annuale dell'albo previa verifica dei curricula dei professionisti ai fini dell'inserimento nell'Albo della Fondazione e relativo monitoraggio. b) Pubblicazione Albo della Fondazione sul sito web della Fondazione	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo / N° richieste di inserimento: 100% b) Pubblicazione Albo della Fondazione: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del Contenzioso	Valutazione circa conferimento di incarico al medico - legale in caso di CTP e ATP	Ritardo nell'individuazione e conseguente conferimento di incarico al consulente medico-legale con possibile pregiudizio della Fondazione.	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia; - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività; - eccesso di discrezionalità; - potenziale conflitto di interesse. Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura la completa trasparenza. Le verifiche previste garantiscono la riduzione del rischio.	a) Aggiornamento annuale dell'albo previa verifica dei curricula dei professionisti ai fini dell'inserimento nell'Albo dei medici-legali della Fondazione e relativo monitoraggio. b) pubblicazione albo dei medici-legali della Fondazione	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo dei medici-legali / N° richieste di inserimento: 100% b) pubblicazione albo dei medici-legali della Fondazione: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del Contenzioso	Valutazione circa conferimento di incarico a legale esterno	a) Rischio di conferimento di incarico a legale esterno in presenza di legali interni con professionalità adeguata alla gestione del contenzioso b) Insufficienza di meccanismi di qualificazione per l'inserimento nell'Albo Legali della Fondazione c) trasparenza dell'affidamento degli incarichi	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, dagli atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività - assenza di competenze del personale addetto ai processi - potenziale conflitto di interesse - per la natura dell'incarico, eccessiva discrezionalità nella scelta finale del professionista Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza. Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica sistematica della possibilità di gestione del contenzioso tramite legale interno b) Verifica dei curricula per l'inserimento nell'Albo Legali della Fondazione c) pubblicazione dell'aggiornamento annuale dell'albo dei legali ed elenco degli incarichi affidati (soggetto, provvedimento, importo, periodo)	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) Verifica della possibilità di gestione del contenzioso tramite legale interno: 100% dei contenziosi b) N° di verifiche dei curricula per l'inserimento nell'Albo Legali / N° richieste di inserimento: 100% c) pubblicazione dell'aggiornamento annuale dell'albo dei legali della Fondazione: SI/NO c2) Pubblicazione dell'elenco degli affidamenti: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del Contenzioso	Emissione dei pareri legali a supporto della legittimità, correttezza formale delle attività della Fondazione	a) Rischio di conferimento di incarico a legale esterno in presenza di legali interni con professionalità adeguata; b) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta dell'estensore del parere e uso distorto della pareristica.	RILEVANTE	Il processo risulta parzialmente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento delle attività; - eccesso di discrezionalità; - potenziale conflitto di interesse; - scarsa chiarezza della normativa di riferimento. Conclusioni: Le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio.	a) Verifica su assenza di professionalità interne; b) Verifiche dell'assenza di conflitto d'interesse e della specifica competenza nella materia del parere del professionista	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) Verifica assenza professionalità interne: 100% b) Verifiche sull'assenza di conflitti di interesse : 100% b2) verifica curriculum vitae e competenza in materia del professionista: 100%	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Convenzioni passive	Convenzioni passive sanitarie	Abuso nel procedimento di individuazione del soggetto con il quale stipulare convenzione passiva	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi e da procedure interne. Elementi di criticità: - monopolio del potere e/o delle competenze - eccessiva di discrezionalità nella scelta - potenziale conflitto di interesse Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Verifica sull'effettuazione di una ricerca di mercato che coinvolga almeno tre strutture sanitarie. Verifica costante della presenza di adeguata motivazione circa la scelta della struttura da parte della Direzione Medica.	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Controllo dei prerequisiti necessari alla stipula delle convenzioni (es. presenza di idonea motivazione della scelta, e di ricerche di mercato): 90% delle convenzioni stipulate annualmente	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Convenzioni passive	Convenzioni passive sanitarie	Rischio di mancato controllo della spesa tra ordinato e stanziato nelle convenzioni sanitarie passive o di scorretta programmazione	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Elementi di criticità: - inadeguatezza o assenza di competenze del personale amministrativo addetto ai processi - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. - mancata informatizzazione Conclusioni: allo stato, le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Controllo tra ordinato e stanziato nella previsione annuale del budget effettuato trimestralmente tramite un report degli ordinativi fornito dalla Direzione Medica (Misura indicata dal NdV)	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione s.c. Direzione Medico di Presidio	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione s.c. Direzione Medico di Presidio	Verifica trimestrale di congruità tra valore delle ordinazioni e budget stanziato: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Controllo di gestione	Valutazione delle performance delle strutture e relativa erogazione	Retifica ingiustificata dei dati necessari alla valutazione degli obiettivi al fine di favorire una particolare struttura. Sperequazione economica delle retribuzioni a parità di funzioni	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Criticità: - mancanza di uniformità ed equità nella ripartizione delle "risorse aggiuntive a vario titolo" - eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività - complessità della normativa di riferimento; - assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. - potenziale conflitto di interessi Conclusioni: Le verifiche appaiono adeguate a ridurre il rischio	Determinazione n. 10DG del 25 gennaio 2017 -"Approvazione della procedura amministrativa per la gestione del processo di budget" e controllo a campione (in collaborazione con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) delle valutazioni al fine di rafforzare le procedure di elaborazione dei dati necessari alla valutazione, così riassumibili: 1. i dati vengono elaborati da uffici diversi; 2. l'addetto del Controllo di Gestione inserisce i dati nel sistema di valutazione; 3. la PO del Controllo di Gestione effettua un primo controllo sui dati elaborati; 4. il Responsabile della struttura effettua un secondo controllo sui dati; 5. Il Nucleo di Valutazione verifica l'intero processo e controlla a campione i dati.	s.s. Controllo di Gestione	s.s. Controllo di Gestione	Rispetto dei tempi e di quanto previsto dalla Determinazione n. 10DG del 25 gennaio 2017; Verifiche a campione: > 5% del totale obiettivi valutati	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione sinistri	Liquidazione risarcimenti sotto soglia SIR (gestione diretta dei sinistri)	a) Abuso nell'acquisizione di consulenti al fine di agevolare particolari soggetti b) Mancanza di trasparenza nell'istruzione delle vertenze c) Discrezionalità nella gestione dei sinistri d) Danno erariale	MARGINALE	Il processo risulta completamente governato (da Legge, atti amministrativi e procedure interne). Elementi di criticità: - Eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività; - potenziale conflitto di interessi; - complessità della normativa di riferimento; - eccesso di discrezionalità Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio.	a) Procedura a evidenza pubblica nella scelta dei consulenti legale e medico-legale; b) Verifica dei sinistri da parte del Comitato Valutazione Sinistri con metodo collegiale; c) Aggiornamento della procedura interna per la gestione dei sinistri e per la definizione transattiva degli stessi c2) Conforme proposta alla Compagnia di Assicurazione per l'inserimento di clausole specifiche nel contratto con la Compagnia per la gestione dei sinistri c.d. borderline (con valore prossimo alla soglia SIR) d) Comunicazioni alla Corte dei Conti degli esborsi derivanti dalla liquidazione dei sinistri nei limiti delle indicazioni della Magistratura contabile	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	a) Predisposizione bandi di gara per la selezione: 100% b) Numero sinistri trattati nel CVS: 100%; Predisposizione verbali: 100% c1) Aggiornamto Procedura: SI/NO c2) Integrazione del contratto con la Compagnia Assicuratrice per gestione dei casi borderline: SI/NO d) Comunicazioni alla Corte dei Conti: 100%	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Relazioni con il pubblico	Gestione delle segnalazioni dell'utente	Rischio di mancata o inadeguata gestione delle segnalazioni (potenziali atti illeciti o di malagestio)	RILEVANTE	Processo: le segnalazioni pervenute all'Urp sono gestite tenendo conto delle procedure (interne) e delle Leggi Elementi di criticità: - Assenza di comunicazione tra ufficio stessa P.A. - eccesso di discrezionalità Conclusioni: l'esperienza pregressa ci consente di affermare che il controllo applicato sui processi dell'URP è adeguato a riconoscere ed eventualmente neutralizzare nel modo più veloce e preciso possibile tali rischi	Redazione di una procedura interna che disciplini la gestione delle segnalazioni per contenuto e materia	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Redazione della procedura interna: SI/NO	ANNUALE
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Relazioni con il pubblico	Informazioni all'utente che richiede esami non disponibili presso la Fondazione nelle tempistiche richieste.	Discrezionalità, inefficienza e falsa informazione, con potenziale beneficio di soggetti terzi, nel fornire indicazioni agli utenti che richiedono supporto nella scelta della struttura in cui effettuare esami non disponibili presso la Fondazione (veicolazione del paziente).	CRITICO	Processo: il controllo di questo processo è governato da procedure interne in quanto, al momento, non è ancora vincolato dalla legge. La gestione del rischio è lasciata agli operatori dell'Urp (nessun altro esterno all'ufficio), in modo totalmente trasparente Elementi di criticità: - scarsa chiarezza della normativa di riferimento Conclusioni: il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza e a diminuire il rischio	Verifica necessità di revisione e distribuzione presso TURP ed i CUP di una comunicazione scritta al paziente concordata e trasparente su come cercare la struttura rispondente ai suoi bisogni	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Verifica necessità di revisione della comunicazione al paziente: SI/NO Revisione: SI/NO Numero di comunicazioni scritte distribuite annualmente ai pazienti (URP e CUP)	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari / Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Rapporti con operatori economici, fornitori e soggetti terzi	Modalità di regolamentazione dell'attività di informazione tecnico-scientifica	Rischio relativo a conflitti di interessi tra operatori della Fondazione e fornitori/informatori scientifici	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse Conclusioni: la misura è stata introdotta nel 2019 pertanto necessita di un'adeguata diffusione. Le verifiche sono state programmate al fine di ridurre al massimo il rischio	Redazione di regolamento dell'attività di informazione tecnico-scientifica (sul farmaco, sui dispositivi medici, sugli alimenti dietetici e apparecchiature elettromedicali)	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera s.c. DMP, s.c. Gestione Acquisti s.c. Ingegneria Clinica s.c. Direzione Professioni Sanitarie Direzione Scientifica	Redazione regolamento: SI/NO Diffusione del regolamento con informativa ai reparti e ai medici: SI/NO	ANNUALE
AREE SPECIFICHE										
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Valutazione della qualità scientifica dei nuovi studi clinici (profit e non profit) prima di essere sottoposti al Comitato Etico	Rischio relativo a: incompleta istruttoria degli studi clinici prima di essere sottoposti al Comitato Etico.	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato al documento di organizzazione e funzionamento dell'IRB. Non si evidenziano criticità. Conclusioni: l'organismo IRB è risultato perfettamente in grado di evitare qualsiasi rischio relativo alla incompleta istruttoria degli studi clinici prima di essere sottoposti al Comitato Etico. Il documento di organizzazione e funzionamento dell'IRB non necessita di alcuna modifica.	Verifica sulla necessità di adeguamento del Documento di organizzazione e funzionamento dell'Internal Review Board (DO-IRB-DSC).	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Verifica sulla necessità di aggiornamento: SI/NO Revisione: SI/NO	ANNUALE
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Affidamento incarichi a Studi Brevettuali per la tutela della Proprietà intellettuale	a) Elusione delle regole di affidamento mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento diretto al fine di agevolare un particolare soggetto; b) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti sulla scelta dello studio brevettuale. c) trasparenza dell'affidamento degli incarichi	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla legge, da atti amministrativi e da procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - impossibilità di prevedere ab origine l'evoluzione dell'iter brevettuale a maggior ragione nel caso in cui la tutela venisse estesa presso ordinamenti stranieri Conclusioni: le attività da affidare vengono attentamente valutate da apposita Commissione Brevetti costituita da esperti in materia. Il tipo di controllo applicato sul processo risulta idoneo alla neutralizzazione del rischio	a) Aggiornamento/Monitoraggio albo e verifiche interne di assenza di conflitto d'interesse per l'ingresso all'albo; b) Verifica di assenza del conflitto di interesse e delle specifiche competenze dello studio brevettuale inserito nell'albo; c) pubblicazione albo ed elenco degli incarichi affidati (soggetto, provvedimento, importo, periodo)	s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) Direzione Scientifica	a) aggiornamento albo: SI/NO Verifica di assenza di conflitto di interesse per l'ingresso all'albo: 100% b) Verifiche sull'assenza di conflitto di interesse in fase della scelta dello studio brevettuale: 100% Valutazione capacità professionale: 100% c) pubblicazione dell'albo degli Studi Brevettuali della Fondazione ed dell'elenco degli affidamenti: SI/NO	ANNUALE
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Sperimentazioni cliniche	Eccessiva discrezionalità nella gestione delle sperimentazioni cliniche che coinvolgono portatori d'interesse commerciale con potenziale beneficio degli stessi e/o del personale interessato e conseguente conflitto di interessi	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Elementi di criticità: - eccesso di burocrazia: eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività; - complessità della normativa di riferimento; - potenziale conflitto di interessi Conclusioni: Sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio.	Verifica sulla necessità di aggiornamento /revisione del Regolamento per la disciplina delle sperimentazioni cliniche presso la Fondazione	s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)	s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) Direzione Scientifica s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Verifica necessità di aggiornamento: SI/NO Revisione effettuata: SI/NO	ANNUALE
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Gestione delle segnalazioni di sospetta condotta scientifica scorretta	Rischio relativo alla mancata o inappropriata gestione di segnalazione di scorretta conduzione della ricerca pre-clinica e clinica	CRITICO	Il processo risulta vincolato alla procedura PRO-G-25-DSC Non si evidenziano criticità Conclusioni: Il rischio risulta ampiamente arginato dalla procedura citata	Attuazione della Procedura PRO-G-25-DSC "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica"	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Numero segnalazioni raccolte annualmente. Gestione 100% delle segnalazioni.	ANNUALE
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (Formazione)	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	RILEVANTE	Il processo non è vincolato a Leggi specifiche Criticità: si riscontra una limitata sensibilità al tema Conclusioni: le misure attuate assicurano una buona diffusione della conoscenza della materia e una conseguente migliore applicazione della qualità e della buona pratica nella ricerca. Le misure risultano quindi adeguate ridurre il rischio individuato	Formazione dei Ricercatori sui temi dell'integrità della condotta scientifica, in particolare svolgimento di: - evento formativo in materia di scorretta condotta scientifica, conflitto di interessi e di divulgazione della procedura qualità "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica" - evento formativo inerente l'integrità nella ricerca scientifica dedicato in particolare ai nuovi ricercatori	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Svolgimento di almeno due eventi formativi: SI/NO	ANNUALE
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (conflitto di interesse)	Mancata autodichiarazione di interessi	CRITICO	Il processo è vincolato a leggi e atti amministrativi Elementi di criticità: sottovalutazione del rischio e difficile sensibilizzazione dei ricercatori Conclusioni: la misura attuata risulta adeguata ad arginare il rischio	Verifica sulla necessità di aggiornamento del modello istituzionale di autodichiarazione di conflitto di interesse.	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Verifica sulla necessità di aggiornamento del modello istituzionale di autodichiarazione di conflitto di interesse: SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
E. Ricerca	Ricerca e Sperimentazioni scientifiche	Integrità della condotta scientifica (Research Data Management)	Rischio relativo alla integrità della condotta scientifica	RILEVANTE	Il processo non è vincolato a leggi specifiche Elementi di criticità: mancanza di linee guida e procedure operative specifiche Conclusioni: le misure individuate sono ampiamente adeguate ad arginare il rischio	Redazione di procedura interna sulla gestione dei dati dell'area scientifica (Research Data Management). Stesura di procedure operative (SOP) in materia di gestione dei dati dell'area scientifica	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Redazione procedura qualità sulla gestione dei dati: SI/NO Redazione SOP in materia di gestione dei dati dell'area scientifica: SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle prenotazioni in regime di LP	Errata gestione del processo di prenotazione in regime Libera Professione (potenziali atti illeciti o di malagestio).	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne Criticità: eccesso di discrezionalità Conclusioni: Le verifiche risultano sufficientemente idonee alla neutralizzazione del rischio	Procedura interna inerente la gestione delle prenotazioni in regime di libera professione	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Verifica relativa all'aggiornamento/revisione della Procedura: SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Governo delle liste di attesa - Drop-out	Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta Rischio: allungamento dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi, ma difficilmente governabile dall'Ente Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - mancanza di pubblicità e/o trasparenza - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	Rilevazione con cadenza periodica Recall/reminder, pre- appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Rilevazione con cadenza periodica: SI/NO Recall/reminder/pre- appuntamento: SI/NO	SEMESTRALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle prenotazioni in regime S.S.N.	Abuso nel processo di prenotazione in regime S.S.N. al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima alla lista di attesa)	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e dalle procedure interne. Criticità: - eccesso di discrezionalità - inadeguata diffusione della cultura della legalità; - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	Procedura interna per la gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N.	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Verifica relativa all'aggiornamento della procedura interna relativa alla gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N. - SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima alla lista di attesa)	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	A) Controllo giornaliero da parte della DMP sui ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità B) verifica periodica delle azioni previste dal vigente regolamento ricoveri C) Controllo giornaliero delle autorizzazioni del ricovero di tutti i pazienti stanzieri D) Verifica a campione (5%) dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e/o ricovero e il loro effettivo svolgimento (allungamento fittizio delle liste d'attesa)	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP s.c. Direzione Medica di Presidio	A) Controllo giornaliero dei ricoveri a data fissa, in urgenza/emergenza o per insorta gravità: 100% B) controllo mensile dei tempi di attesa di ricovero per patologia: 100% C) Controllo e autorizzazione dei ricoveri a pazienti stranieri: 100% D) Verifica a campione (5%) corrispondenza dati anagrafici: SI/NO	SEMESTRALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi; Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità; - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è variegato e di difficile contenimento. Allo stato le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio.	Verifica dell'utilizzo e della distribuzione dell'informativa di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi, comprensiva di nota esplicitiva riportante le indicazioni relative alla gestione del paziente ricoverato in regime SSN/R, a seguito di prima visita in regime di libera professione.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP Ufficio Relazioni con il Pubblico	Verifica semestrale dell'utilizzo e della diffusione dell'informativa di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi: SI/NO	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Cartelle cliniche e documentazione sanitaria	Illegittima divulgazione del contenuto delle cartelle cliniche e della documentazione medica con conseguenze di ordine penale e amministrativo	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla legge e dalle procedure interne Criticità: eccessivo rallentamento dei tempi di svolgimento del processo e delle attività Conclusioni: Il tipo di controllo programmato sul processo assicura la riduzione del rischio	Verifica delle richieste e dei rilasci delle cartelle cliniche e della documentazione medica Informatizzazione del sistema di formazione e archivio	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio s.c. Sistemi Informativi	Verifica su tutti i rilasci della documentazione sanitaria: 100% Completamento del processo di informatizzazione delle cartelle cliniche: SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Gestione delle agende per la libera professione	Veicolazione del paziente verso medico consenziente	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento. Le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	Controlli a campione periodici dei tempi medi di attesa terapie e ricoveri (annuale)	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio	Monitoraggio annuale degli indicatori di efficacia ed efficienza relativi ai tempi medi di attesa terapie e ricoveri. Controlli a campione su base annuale (controllo 1 mese/quadrimestre): SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi	Mancato incasso	Danno Erariale	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il rischio è di difficile contenimento.	Procedura interna per il controllo dei crediti insoluti di Libera Professione	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Verifica relativa all'aggiornamento della procedura interna relativa alla gestione delle prenotazioni in regime di S.S.N. - SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Incassi	Emissione fatture in libera professione (ricoveri)	Errata fatturazione volta a favorire particolari soggetti tramite sconti non dovuti	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne Criticità: - le norme contrastano con la programmazione dell'attività dei dirigenti medici e ciò fa sì che non si eliminino del tutto le violazioni - potenziale conflitto di interesse - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni: il rischio è variegato, nonostante ciò, allo stato, le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Attuazione del piano dei controlli previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza(capo XII- art. 69)	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Attuazione del piano dei controlli previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza (capo XII- art. 69): SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Controlli amministrativi di conformità al Regolamento Aziendale per l'Attività Libero Professionale Intramuraria	Mancato rispetto delle regole di natura amministrativa di cui al regolamento aziendale in materia Libera Professione	RILEVANTE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne. Criticità: - possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza; - inadeguata diffusione della cultura della legalità. Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a contenere il rischio	Attuazione del piano dei controlli previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza(capo XII- art. 69)	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	Attuazione del piano dei controlli previsto dal regolamento in materia di attività LP e solvenza (capo XII- art. 69): SI/NO	ANNUALE
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Volumi di attività istituzionale	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	ACCETTABILE	Il processo risulta vincolato dalla Legge, da atti amministrativi (Regolamento e Tariffario LP) e dalle procedure interne. Criticità: - possibile eccesso di discrezionalità e mancanza di trasparenza; - inadeguata diffusione della cultura della legalità. Conclusioni: Le verifiche appaiono, allo stato, adeguate a contenere il rischio	a) Verifica a campione dei volumi di attività svolte dai medici in libera professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati b) Monitoraggio dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e l'effettivo svolgimento.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio	a) Verifica Mensile dei volumi di attività svolte dai medici in libera professione: SI/NO b) Monitoraggio dell'effettiva corrispondenza tra la prenotazione di una visita e l'effettivo svolgimento sul campione rilevato: % prestazioni erogate in LP / % prestazioni erogate in SSN	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
F. Attività libero professionali e liste di attesa	Attività sanitaria	Attuazione del codice di comportamento in relazione ad atti di liberalità verso personale che svolge attività di supporto alla libera professione	Mancato rispetto del codice di comportamento del dipendente in relazione all'accettazione di somme di denaro o altre utilità superiori alla soglia stabilita nel Codice di comportamento della Fondazione	CRITICO	Il processo risulta governato da: atti amministrativi e procedure interne Criticità: - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori - inadeguata diffusione della cultura della legalità Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a contenere il rischio nonostante lo stesso appaia di difficile monitoraggio	a) Redazione di una procedura interna in merito alla disciplina di gestione delle eventuali oblazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi e diffusione delle stesse a tutte le strutture di degenza della Fondazione; b) diffusione delle indicazioni in merito alla disciplina delle eventuali oblazioni al personale infermieristico e di supporto del reparto solventi e di tutte le strutture di degenza della Fondazione; c) creazione di un conto dedicato per il versamento delle oblazioni da utilizzare per la formazione del personale sanitario.	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	s.c. Direzione Professioni Sanitarie - DPS	a) Redazione di una procedura di qualità di gestione delle eventuali oblazioni al personale infermieristico e di supporto della Fondazione: SI/NO b) Diffusione e controllo delle disposizioni impartite in merito alle oblazioni al personale infermieristico e di supporto SI/NO b) creazione di un conto dedicato per il versamento delle oblazioni da utilizzare per la formazione del personale sanitario e conseguente controllo del codice di oblazioni specifico: SI/NO	SEMESTRALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia	Mancato rispetto delle procedure aziendali relative ai processi di identificazione acquisto e controllo dell'appropriatezza prescrittiva	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla procedura PRO-P-01 0 Criticità: - inadeguata diffusione della cultura della legalità - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	A) Controllo periodico dell'applicazione delle procedure aziendali per la gestione del farmaco. B) Prontuario Farmaceutico Ospedaliero, C) Registri di monitoraggio prescrittivi D) Procedure aziendali in qualità per la gestione del farmaco.	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	A e B) Farmaci sottoposti a Monitoraggio AIFA =100% C) Pubblicazione PTO entro 31.12 di ogni anno D) Verifica procedure: 2/anno	ANNUALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia - Completamento della tracciabilità informatizzata dei farmaci dalla Farmacia al Paziente	Mancanza di tracciabilità completa del farmaco sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Avvio della tecnologia di lettura ottica fustella farmaci nella fase di ricevimento e distribuzione al reparto/paziente	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	Tracciabilità Farmaco in uscita da Centrale Produzione Farmaci =100% delle terapie per il paziente	ANNUALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia -Farmaci al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica (Off-Label)	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Off-Label sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla Legge e da atti amministrativi Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Controllo e revisione periodica Procedura <u>Farmaci off Label</u>	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno; 2) Verifica rispetto procedura: > 80% Relazione Costi Off Label: SI/ NO 3)	ANNUALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei farmaci in Farmacia -Farmaci al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica (Terapia Domiciliare)	Mancanza tracciabilità completa del farmaco per Terapia Domiciliari sino al destinatario finale, con conseguenti errori di contabilizzazione e attribuzione costi	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla procedura PRO -G-02 FARMACIA Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	Controllo periodico Procedura Farmaci Terapia Domiciliare	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	1) Revisione e Controllo Procedura: 1/ anno; 2) Verifica rispetto procedura > 80% Targatura Farmaci Terapia Domiciliare > 50% 3)	ANNUALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Farmacia	Gestione dei dispositivi medici in Farmacia	Mancato rispetto delle procedure aziendali per l'acquisto dei dispositivi medici ad alto costo, rischio di discrezionalità del clinico nella scelta del dispositivo dell'utilizzatore	ACCETTABILE	Il processo risulta governato dalla procedura PRO-PO I FAR-02-01 Criticità: - danno erariale - sospetto conflitto di interesse - esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di un unico soggetto Conclusioni: le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio	a) Verifica sulla necessità di aggiornamento della procedura in qualità per la gestione dei dispositivi medici b) Controllo periodico dell'applicazione delle procedure aziendali per la gestione del dispositivo medico ad alto costo c) Verifica sulla necessità di aggiornamento della Istruzione operativa aziendale in qualità per l'acquisto di dispositivi medici ad alto costo, procedure aziendali per la gestione del dispositivo; d) Prontuario dispositivi medici completamento/revisione	s.c. Farmacia Ospedaliera	s.c. Farmacia Ospedaliera	a) Verifica necessità aggiornamento: SI/NO Revisione procedura: SI/NO b) Verifica rispetto procedura > 80% c) Verifica necessità aggiornamento istruzione operativa: SI/NO Revisione istruzione operativa: SI/NO d) Pubblicazione Prontuario dispositivi entro 31.12 di ogni anno su intranet aziendale	ANNUALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE (SOTTOPROCESSO)	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE TRATTAMENTO DEL RISCHIO	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	SOGETTI COINVOLTI	INDICATORE DI MONITORAGGIO/VALORE ATTESO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sponsorizzazioni	Revisione delle procedure interne inerenti le sponsorizzazioni	Rischio di potenziale di fidelizzazione tra sponsor e singolo professionista Eccessiva discrezionalità nella gestione di processi che coinvolgono portatori d'interesse commerciale con potenziale beneficio degli stessi. e/o del personale interessato.	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne. Criticità: a) mancanza di trasparenza; b) inadeguata diffusione della cultura della legalità; c) sospetto conflitto di interesse. Conclusioni: Le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Revisione delle procedure interne qualità inerenti le sponsorizzazioni sulla base delle emanande linee guida di Regione Lombardia: - sponsorizzazione di eventi formativi interni - partecipazione sponsorizzata ad eventi extrasede in qualità di uditore - realizzazione all'interno dell'azienda di iniziative organizzate da provider esterni e sponsorizzati da ditte esterne	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	Revisione procedure interne inerenti: - sponsorizzazione di eventi formativi interni SI/NO - partecipazione sponsorizzata ad eventi extrasede in qualità di uditore SI/NO - realizzazione all'interno dell'azienda di iniziative organizzate da provider esterni e sponsorizzati da ditte esterne SI/NO	ANNUALE
G. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sponsorizzazioni	Sponsorizzazione della partecipazione ad eventi extrasede in qualità di uditore	Rischio di potenziale fidelizzazione tra sponsor di eventi formativi e singolo professionista partecipante all'evento formativo sponsorizzato	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato da atti amministrativi e dalle procedure interne Criticità: - mancanza di trasparenza - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse Conclusioni: le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	Rischio di potenziale fidelizzazione tra sponsor di eventi formativi e singolo professionista partecipante all'evento formativo sponsorizzato	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - RU Personale partecipante all'evento extrasede	Monitoraggio, attraverso un set di indicatori dell'applicazione della procedura sulla partecipazione ad eventi extrasede in qualità di uditore su invito proveniente dall'esterno. Verifica su aggiornamento della procedura redatta come misura di prevenzione	ANNUALE
H: Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	Attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori	1. Rendicontazione REGIS (riferimento per i finanziamenti e il rimborso delle spese); 2. Nucleo di controllo PNRR come da indicazioni regionali	MISSIONE N: 6: Mancata verifica delle procedure di controllo poste in essere per monitorare il rispetto degli obblighi previsti dalla normativa europea e nazionale.	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Adozione di misure volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rimozione dei conflitti di interessi. b) Adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati. c) Verifica di assenza del c.d. doppio finanziamento ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241. d) Rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal contratto ed atti conseguenti. e) Raccolta e conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni. f) Controlli di gestione; controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato. g) Adozione di apposita codificazione contabile adeguata ed informatizzata per tutte le transazioni legate al progetto.	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale - TEC	a) Adozione di misure volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria: SI/NO b) Adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati: SI/NO c) Verifica di assenza del c.d. doppio finanziamento: SI/NO d) Rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal contratto ed atti conseguenti: SI/NO e) Raccolta e conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni: SI/NO f) Controlli di gestione; controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato: SI/NO g) Adozione di apposita codificazione contabile adeguata ed informatizzata per tutte le transazioni legate al progetto: SI/NO	ANNUALE
H: Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	Attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori	1. Rendicontazione REGIS (riferimento per i finanziamenti e il rimborso delle spese); 2. Nucleo di controllo PNRR come da indicazioni regionali	MISSIONE N: 6: Mancata verifica delle procedure di controllo poste in essere per monitorare il rispetto degli obblighi previsti dalla normativa europea e nazionale.	ACCETTABILE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Adozione di misure volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rimozione dei conflitti di interessi. b) Adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati. c) Verifica di assenza del c.d. doppio finanziamento ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241. d) Rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal contratto ed atti conseguenti. e) Raccolta e conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni. f) Controlli di gestione; controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato. g) Adozione di apposita codificazione contabile adeguata ed informatizzata per tutte le transazioni legate al progetto.	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	a) Adozione di misure volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria: SI/NO b) Adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati: SI/NO c) Verifica di assenza del c.d. doppio finanziamento: SI/NO d) Rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal contratto ed atti conseguenti: SI/NO e) Raccolta e conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni: SI/NO f) Controlli di gestione; controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato: SI/NO g) Adozione di apposita codificazione contabile adeguata ed informatizzata per tutte le transazioni legate al progetto: SI/NO	ANNUALE
I. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività sanitaria	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	A) Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa funeraria B) Segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie	RILEVANTE	Il processo risulta ampiamente vincolato dalla Legge, da atti amministrativi e dalle procedure interne Elementi di criticità: - complessità della normativa di riferimento - inadeguata diffusione della cultura della legalità - sospetto conflitto di interesse - scarsa responsabilizzazione interna degli operatori Conclusioni: Il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	a) Revisione dei modelli di verifica della procedura interna (linee guida Polizia Mortuaria) e miglioramento delle procedure di verifica interna già esistenti attraverso report annuali; b) Verifica interna, a campione, dei registri della camera mortuaria in relazione alle imprese funerarie utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozioni di eventuali azioni correttive.	s.c. Direzione Medica di Presidio	s.c. Direzione Medica di Presidio	a) Revisione procedura interna: SI/NO b) Controlli a campione su base semestrale: 5% dei decessi in ospedale; verifica interna, a campione, dei registri della camera mortuaria in relazione alle imprese funerarie utilizzate dai parenti, esito verifiche e adozione di eventuali azioni correttive: superiori al 50%	ANNUALE

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
DISPOSIZIONI GENERALI	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a) D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016 Delib. ANAC n. 831 del 3.8.2016 (PNA) Linee Guida ANAC n. 1310/2016 Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativo stato di attuazione (PTPCT)/Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) Pubblicare sul sito web entro un mese dall'adozione e sul portale del Ministero della PA	Responsabile trasparenza	Referente trasparenza	annuale, entro 31 gennaio
	Atti generali	Art. 12, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività dell'ente	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)
			<u>Atti Amministrativi Generali:</u> direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse <u>Documenti di programmazione strategico-gestionale:</u> direttive, documenti di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Dirigenti delle strutture della Fondazione secondo competenza, individuate dal vigente Provvedimento Organizzativo	Strutture della Fondazione secondo competenza, individuate dal vigente Provvedimento Organizzativo	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)
		Art. 12, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato da D.Lgs. n. 97/2016	Statuti e leggi regionali: estremi e testi ufficiali aggiornati degli statuti e delle norme di legge regionali che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'Amministrazione	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		Art. 55, c.2 D.Lgs. n. 165/2001 Art. 12, c 1 D.Lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta: Codice disciplinare recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7 L. 300/1970); codice di condotta inteso quale codice di comportamento.	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	tempestivo (ex art 8 D.Lgs. N. 33/2013)

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34 DLgs. n. 33/2013	Scadenario degli obblighi amministrativi	//	//	tempestivo
ORGANIZZAZIONE	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, c1bis DLgs. n.33/2016	Art. 13, c. 1, lett. a), b), c), d), e), f), art. 14 e art. 47 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 -Artt. 1, 2, 3 e 4 L 441/1982 -DLgs. 39/2013 -delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016; -comunicato Presidente ANAC 20.12.2016 (per i soggetti tenuti per la 1^ volta i dati vanno pubblicati entro il 31.3.2017 salvo dichiarazioni reddituali da pubblicare entro un mese dalla scadenza del termine	Presidente e Consiglieri del Consiglio di Amministrazione a) atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico; b) curriculum vitae; d) compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; d) importi di viaggi e di servizio e missioni, pagati con fondi pubblici; e) dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti pubblici e privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; f) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti; g) dichiarazioni concernenti diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero". Per il soggetto, per il coniuge non separato e parenti entro il secondo grado ove gli stessi vi consentano (dando eventuale evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico; h) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi. Per il soggetto, per il coniuge non separato e parenti entro il 2° grado ove gli stessi vi consentano (dando eventuale evidenza del mancato consenso). [Le PP.AA. devono limitare con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o dell'Amministrazione la pubblicazione di dati sensibili]	Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza Struttura deputata a verifiche, adempimenti	Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza Struttura deputata a verifiche, adempimenti	da lett. a) a lett. f) e j): tempestivo per lett. i), l): annuale Dati da pubblicare entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico. Devono restare pubblicati per i tre anni successivi alla cessazione del mandato o dell'incarico salve le informazioni del p. h che vengono pubblicate fino alla

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		<p>entro un mese dalla scadenza del termine per presentazione dich.redditi 2016)</p> <p>-Nota Ministero Salute 13.2.2014 n. 810 (prot. INT n.1759 del 21.2.2014)</p> <p>-Nota Regione Lombardia (prot INT 11665 del 10.12.2014)</p> <p>L'aggiornamento va comunicato annualmente, entro il 31 gennaio a Min. Salute e Regione L.</p>	<p>i) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente ovvero dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso)</p> <p>j) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000,00 euro)</p> <p>l) dichiarazioni di inconfiribilità/ incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 da aggiornare annualmente</p> <p>Dati da pubblicare, salvo che l'incarico sia attribuito a titolo gratuito</p>	<p>relativi alle dichiarazioni dei Consiglieri e conservazione: Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>adempimento relativi alle dichiarazioni dei Consiglieri e conservazione: s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>pubblicate <u>fino alla cessazione</u> dell'incarico o del mandato.</p> <p>Per punti g) e h) la documentazi. va presentata <u>una sola volta entro tre mesi dalla nomina</u> e resta pubblicata fino a cessazione dell'incarico.</p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ORGANIZZAZIONE	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, c1bis DLgs. n.33/2016	Art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 Art. 2, c.1, e art. 4 L. 441/1982	per i cessati dall'incarico, oltre ai dati dei punti da a) a i) ed l) sopraindicati, pubblicare : 1) copie dichiarazioni redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia dichiarazione redditi successiva al termine incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione, per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso); 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il 2° grado, ove gli stessi vi consentano (dando eventualmente evidenza del mancato consenso). 4) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000,00 euro);	Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza	Struttura deputata alla raccolta dei dati/documenti da parte dei Consiglieri: Presidenza	punto 2: <u>entro un mese</u> dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione dei redditi punto 3: la documentazione va presentata una sola volta <u>entro 3 mesi</u> dalla cessazione dell'incarico
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c.1 D.Lgs. n.33/2013 come modificato da DLgs. n. 97/2016 -delibera ANA n. 1310/2016 -Regolamento ANAC 16.11.2016	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo: provvedimenti sanzionatori (ai sensi della L. n. 689/1981 sanzioni amministrative pecuniarie) a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'art. 14 concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c.1 D.Lgs. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali Atti e relazioni degli organi di controllo	//	//	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b) e c) D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 abrogato obbligo di pubblicare le risorse a disposizione	a) Articolazione delle strutture amministrative, con indicazione di competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, nomi ovvero dirigenti responsabili dei singoli uffici b) illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante <u>l'organigramma</u> o analoghe rappresentazioni grafiche	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d) D.Lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
CONSULENTI E COLLABORATORI	Consulenti e collaboratori	Art. 15, c.1 e 2 D.Lgs n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Art. 53, c.14, D.Lgs n. 165/2001	<p>Elenco aggiornato consulenti e collaboratori contenente:</p> <p>a) gli estremi dell'atto di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (comprese collaborazioni coordinate e continuative) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato;</p> <p>b) il curriculum vitae in formato europeo;</p> <p>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;</p> <p>d) i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.</p> <p>e) attestazione di avvenuta verifica di insussistenza di potenziale conflitto di interessi;</p> <p>f) tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione Pubblica)</p>	<p>Direttore s.c. s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p> <p>Direttore s.c. Affari Generali e Legali</p> <p>Responsabile s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)</p> <p>Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale</p>	<p>s.c. s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p> <p>s.c. Affari Generali e Legali</p> <p>Referente s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)</p> <p>s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale</p>	<p>tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013</p> <p>Publicare entro tre mesi da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati per 3 anni successivi a cessazione incarico</p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PERSONALE	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	<p>Art. 15, c.1 e 2, e Artt. 41 e 47 c.1 del D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016:</p> <p>-Art.2, c.1 , art. 3 c.1 e art. 4 L. n. L 441/1982</p> <p>-DLgs. n. 39/2013</p> <p>-delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016;</p> <p>-comunicato Presidente ANAC 20.12.2016</p> <p>-Nota Ministero Salute 13.2.2014 n. 810 (prot. INT n.1759 del 21.2.2014)</p> <p>-Nota Regione Lomb (prot INT 11665 del 10.12.2014)</p> <p>-Delib.ANAC 586/2019 e nota regionale 25.7.2019 (applicazione art. 14 anzichè 15 del D.Lgs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DD-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti.</p> <p>-art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162 prevede emanazione di regolamento per individuaz.data da pubblicare.</p>	<p>Per SSN: Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario</p> <p>a) estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, con indicazione della durata dell'incarico ed informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento;</p> <p>b) curriculum vitae redatto su modello europeo;</p> <p>c) 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</p>	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	<p>tempestivo ex art. 8 D.lgs. n.33/2013</p> <p>Pubblicare <u>entro tre mesi</u> da nomina/conferimento incarico e tenere pubblicati <u>per 3 anni</u></p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		<p><u>Sentenza 21.2.2019 n.20 Corte Costituzionale</u> dichiara illegittimità cost.art.4c.1bis ove prevede pubblicaz. dich.redditi e patrim. per tutti i dirigenti anzichè solo per i dirigenti apicali statali.</p> <p>-<u>Nota DGWelfare Lombardia 28.11.2019</u> invita enti sanitari a sospendere raccolta dati economico-patrim. dei dirigenti e loro pubblicazione.</p> <p>-<u>Delib. ANAC 586/2019</u> e nota regionale 25.7.2019 (applicaz.art. 14 anzichè 15 del D.Lgs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DDip-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti.</p> <p>-<u>art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162</u> prevede emanaz. di regolamento per individuaz.datì da pubblicare.</p> <p>- Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019 prevedendo pubblicaz. di dati patrimoniali solo per direttori apicali (DG, DSC, DS, DA)</p>	<p>attività professionali;</p> <p>d) i compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato;</p> <p>e) dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico.</p>			<p>successivi a cessazione incarico</p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	<p>Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)</p>	<p>Art. 15, c.1 e 2, e Artt. 41 e 47 c.1 del D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016; -Art.2, c.1 , art. 3 c.1 e art. 4 L. n. L 441/1982 -DLgs. n. 39/2013 -delibere ANAC 46/2013, 58/2013, 149/2014, 831/2016, 1310/2016, Regolamento ANAC 16.11.2016; -Parere del Consigliere giuridico della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia (prot. 13.1.2017 n. 346) in riscontro a questo posto dalla Fondazione con nota 28.1.22016 prot. 12366 -delibANAC 82/2017 ha sospeso efficacia della del. 241/2017 su applicaz art. 14 c. 1 lett c) e f) DLgs. n.33/2013,(pubblicazione dich. patrimoniali, reddituali, ammontare emolumenti a carico</p>	<p>SSN - Dirigenti con incarico di direzione di dipartimento, di struttura complessa o semplice. a) estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, con indicazione della durata dell'incarico ed informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento; b) curriculum vitae redatto su modello europeo; c) 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 (compresa attività in libera professione) d) i compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.</p>	<p>Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse</p>	<p>s.c. Gestione e Sviluppo Risorse</p>	<p>Tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013 pubblicare entro 3 mesi dalla nomina /conferimento incarico; I dati devono restare pubblicati per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.</p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PERSONALE		<p>finanza pubblica e importi viaggi di servizio e missioni con oneri a carico finanza pubblica). -Sentenza 21.2.2019 n. 20 della Corte Costituzionale dichiara illegittimità cost. art.14c.1bis ove prevede pubblicaz di dich.redditi e patrimonio per tutti i dirigenti anzichè solo per i dirigenti apicali statali. -<u>Delib.ANAC 586/2019 e nota regionale 25.7.2019</u> (applicazione art. 14 anzichè 15 del D.L.gs.n. 33/2013 lett. da a) ad e) per tutti i dirigenti e anche lett. f) per DD-DSC-DA-DS-Dir.Dip. e Dir s.c. con strutture dagli stessi dipendenti. -<u>art. 1, c7 D.L. 30.12.2019 n. 162</u> prevede emanazione di regolamento per individuaz.datì da pubblicare. - <u>Sentenza TAR Lazio 7-10-2020 annulla delib ANAC 586/2019</u> - <u>Delib ANAC 4.10.2020, n.713 per settore sanitario ha stabilito che "gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del SSN – non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria – sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità; perciò i dirigenti tecnico-amministrativi, che operano nel contesto delle aziende ospedaliere, sono sottoposti al regime di cui al D.Lgs . 39/2013".</u></p>		<p>Sviluppo Risorse Umane Direttore s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione (per i volumi di attività LP-punto c)</p>	<p>Umane s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione (per i volumi di attività LP-punto c)</p>	

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 19, c.1bis DLgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili: numero e tipologia di posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 1 c.7 DPR 108/2004	Ruolo dirigenti	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	annuale
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47 Dlgs n. 33/2013 modif dal D.Lgs. n. 97/2016; -delibera ANAC 1310/2016; -Regolamento ANAC 16.11.2016;	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'art. 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il 2° di parentela nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Posizioni organizzative	Art. 14, c 1quinquies DLgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. N. 97/2016	curricula dei titolari di posizioni organizzative (senza delega di funzioni dirigenziali) su modello europeo	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PERSONALE	Dotazione organica	Art. 16, c. 1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibere ANAC n. 831/2016 e 1310/2016;	<p>Dati da pubblicare in tabelle:</p> <p>a) conto annuale del personale e delle relative spese sostenute (di cui all'art. 60, c.2 del DLgs 165/2001) nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della sua distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.</p> <p>b) costo personale a tempo indeterminato in servizio articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.</p>	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale ex Art 16, c.2 DLgs. n. 33/2016

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PERSONALE	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 Il D.lgs. n. 97/2016 ha eliminato l'obbligo di pubblicare la tipologia di rapporto e la distribuzione del personale in qualifiche e aree professionali	Dati da pubblicare in tabelle: a) elenco del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato , ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico, dati relativi al personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato b) dati relativi al costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	a) pubblicazione annuale b) pubblicazione trimestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Dati, da pubblicare in tabelle, relativi ai tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	pubblicazione trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Delibera ANAC 1310/2016	Dati da pubblicare in tabelle: elenco degli incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 Art. 47, c.8 DLgs. n. 165/2001 Delibera ANAC 1310/2016	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali che si applicano nonché le eventuali interpretazioni autentiche .	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (Collegio Sindacale)	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
		Art. 21, c. 2 - D.Lgs. n. 33/2013 Art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009	Costi contrattazione integrativa: specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificati dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze che predispone allo scopo uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei Conti e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Funzione Pubblica.	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane previa acquisizione documentazione del Collegio Sindacale	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane previa acquisizione documentazione del Collegio Sindacale	Annuale ex art. 55 c. 4 DLgs. n. 150/2009

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Art. 10, c.8, lett. c DLgs. n. 33/2013 Par. 14.2 delib. CIVIT n. 12/2013 Delibere ANAC n. 831 /2016 e n. 1310/2016	l'OIV in Lombardia è costituito a livello regionale. Le funzioni presso la Fondazione sono svolte dal Nucleo di Valutazione (NdV) Pubblicazione dei nominativi, dei curricula e dei compensi dei componenti del NdV	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
BANDI DI CONCORSO	Bandi di concorso	Art. 19 c.1 e 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificatOdal D.Lgs. n. 97/2016, -Art. 1, c.16 lett d) L. n. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016 Il D.lgs. n. 97/2016, con decorrenza dal 23-6-2016, ha eliminato l'obbligo di pubblicare -elenco dei bandi di concorso dell'ultimo triennio, il n. dipendenti assunti e spese connesse; - nell'elenco dei bandi in corso, la spesa prevista e gli estremi dei documenti contenuti nel fascicolo	Le amministrazioni pubblicano: a) i bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della commissione e le tracce delle prove scritte. b) tabella contenente elenco aggiornato dei bandi in corso per l'assunzione del personale e progressione di carriera	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Sistema di misurazione e valutazione della performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010 Delibera ANAC 1310/2016	Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 D.Lgs. n. 150/2009)	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PERFORMANCE	Piano della Performance	Art. 10, c.8 lett. b) D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 10 DLgs. n. 150/2009 -Delibera ANAC 1310/2016	Piano della performance (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) pubblicazione del Piano della Performance che individua gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli <u>obiettivi finali e intermedi</u> ed alle <u>risorse</u> , gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c.8 lett. b) D.Lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	Relazione sulla Performance (art. 10 D.Lgs. n. 150/2009) che evidenzia a <u>consuntivo</u> , con riferimento all'anno precedente, i <u>risultati organizzativi e individuali raggiunti</u> rispetto ai singoli <u>obiettivi</u> programmati ed alle <u>risorse</u> , con rilevazione degli eventuali <u>scostamenti</u>	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei <u>premi stanziati</u> , collegati alla performance e ammontare dei premi effettivamente <u>distribuiti</u>	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
PERFORMANCE	Dati relativi ai premi	Art. 20, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	a) Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio b) Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi. c) grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ENTI CONTROLLATI	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c.1 lett a, c.2 3 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Responsabile trasparenza	Referente trasparenza	Annuale ex art. 22 c.1 DLgs. n. 33/2013
	Società partecipate	Art. 22, c.2, D.Lgs. n. 33/2013 Art. 20 c.3 Dlgs n. 39/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c.6 DLgs. n. 33/2013). da pubblicare in tabelle, per ciascuna società : 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministrazione della società e relativo trattamento economico complessivo 8) dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico e di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) 9) collegamenti con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e dei soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	annuale ex artt. 20, c.1 e 22 c.1 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ENTI CONTROLLATI	Società partecipate	Art. 22, c.1, lett. d-bis D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 19 c.7 Dlgs n. 175/2016 -Delibera ANAC 1310/2016	Provvedimenti in materia di costituzione di <u>società a partecipazione pubblica</u> , acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal DLgs 175/2016 (art 20) adottato ai sensi dell'art. 18 L 124/2015. Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche fissano obiettivi specifici annuali e pluriennali sul complesso delle spese di funzionamento ivi comprese quelle per il personale delle società controllate. Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi sopraindicati.	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c.1 lett. c, c. 2,3 D.Lgs. n. 33/2013 -Art. 20, c3 DLgs. n. 39/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	Elenco degli <u>enti di diritto privato</u> comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	annuale ex art. 22, c.1 D.Lgs. n. 33/2013
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), D.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'Amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	annuale ex art. 22, c.1 D.Lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1 e 3 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Art. 1 , c.29 L. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016	<p>elenco contenente:</p> <p>1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili</p> <p>2) unità organizzativa responsabile dell'istruttoria</p> <p>3) ufficio del procedimento, unitamente a recapiti telefonici, casella di posta elettronica istituzionale</p> <p>4) ove diverso, ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con indicazione del nome del responsabile dell'ufficio, unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e a casella di posta elettronica istituzionale, al quale è possibile rivolgersi anche per l'acquisizione d'ufficio di dati e controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle altre pubbliche amministrazioni;</p> <p>5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano;</p> <p>6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante;</p> <p>7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso;</p> <p>8) strumenti di tutela, amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento e nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e modi per attivarli;</p> <p>9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete (per i procedimenti esperibili on line) o tempi previsti per la sua attivazione</p> <p>10) le modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento ovvero di imputazione del versamento in tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento;</p> <p>11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè le modalità per attivare tale potere, con indicazione di recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale</p>	Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
			<p>12) per i procedimenti ad istanza di parte, gli atti e i documenti da allegare all'istanza e la modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni, nonché gli uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e le modalità di accesso con indicazione di indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale, a cui presentare le istanze.</p> <p>- Le PPAA non possono richiedere l'uso di moduli e formulari che non siano stati pubblicati; in caso di omessa pubblicazione, i relativi procedimenti possono essere avviati anche in assenza dei suddetti moduli o formulari. La PA non può respingere l'istanza adducendo il mancato utilizzo di moduli e formulari e deve invitare l'istante a integrare la documentazione in un termine congruo.</p>			

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	Monitoraggio tempi procedurali Art. 24, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c.28 L. n. 190/2012 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016	Art. 24, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Art. 1, c.29 L. n. 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016	risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	semestrale
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Delibera ANAC 1310/2016	Recapiti dell'ufficio responsabile: recapiti e caselle di posta elettronica istituzionali dell'uff. responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Art. 23, c.1, D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, -Delibera ANAC 1310/2016		Elenco dei provvedimenti finali conseguenti ai procedimenti relativi a:	Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
PROVVEDIMENTI	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c.1 , D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, -Art. 1 c.16 L 190/2012 -Delibera ANAC 1310/2016 abolito obbligo di pubblicare: - spesa prevista ed estremi dei documenti contenuti nel fascicolo - provvedimenti relativi ad autorizzazioni o concessioni e concorsi e prove selettive per assunzione di personale e progressioni di carriera	1) <u>scelta del contraente</u> per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti") 2) <u>accordi</u> stipulati dall'amministrazione con soggetti privati e con altre pubbliche amministrazioni	Dirigenti delle strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	strutture della Fondazione, secondo competenza, individuate dal vigente provvedimento organizzativo	semestrale ex art. 23 c.1 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
CONTROLLI SULLE IMPRESE	Controlli sulle imprese Art. 25 D.Lgs. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Tipologie di controllo cui sono assoggettate le imprese Obblighi e adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare	//	//	tempestivo
SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI	Atti di concessione	Art. 26, c.2 e art. 27 D.lgs. n., 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro. Per ciascuna atto: nome dell'impresa o ente e rispettivi dati fiscali o nome di altro soggetto beneficiario; importo del vantaggio economico corrisposto; norma o titolo a base dell'attribuzione; ufficio o funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amm.vo; modalità seguita per individuazione del beneficiario; link al progetto selezionato; link al curriculum del soggetto incaricato; elenco in formato tabellare aperto dei soggetti beneficiari di atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari a imprese e attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro).	//	//	tempestivo ex art 26 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
BILANCI	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, c. 1bis, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Art. 5, c1 DPCM 26.4.2011 Art. 19 e 22 DLgs. n. 91/2011 Art. 18bis DLgs. n. 118/2011 DPCM 29.4.2016 Delibera ANAC 1310/2016	Bilancio preventivo: a) Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche b) Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Bilancio consuntivo: c) Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche d) Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
BILANCI	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Artt. 19 e 22 DLgs n. 91/2011 Art 18bis DLgs. n. 118/2011 Delibera ANAC 1310/2016	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio , con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO	Patrimonio immobiliare	Art. 30 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30 - D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni identificative dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delib. Civit n. 71/2013 e n.7/2013 delibere ANAC 831 /2016 (PNA) e 1310/2016	Attestazioni OIV o struttura analoga	Responsabile s.s. Controllo di gestione	Referente s.s. Controllo di gestione	Annuale e in relazione a delibere ANAC
		Art. 31, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Par. 2, p.1, Delibera Civit n. 6/2012 - Par. 4 delib. CIVIT n. 23/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Documento del NdV di validazione della relazione sulle performance (art. 14, c.4, lett. c), D.Lgs n. 150/2009)	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo
		Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4 lett. a) DLgs. n. 150/2009)	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	tempestivo
		Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, con decorrenza dal 23.12.2016	Atti conclusivi (es. relazione annuale sullo stato di attuazione degli adempimenti) degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, Delibera ANAC 1310/2016	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio: relazione del Collegio Sindacale al BPE, alle variazioni e al Bilancio di esercizio e tutti i rilievi del Collegio ricevuti e non ricevuti	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Corte dei conti	Art. 31, c.1 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 Delibera ANAC 1310/2016	Rilievi della Corte dei Conti: tutti i rilievi della Corte dei Conti ancorchè non ricevuti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
SERVIZI EROGATI	Class action	Art. 1, c.2 e art. 4 c. 2 e 6 DLgs. n. 198/2009 Delibera ANAC 1310/2016	Class Action: a) notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione del servizio; b) sentenza di definizione del giudizio; c) misure adottate in ottemperanza della sentenza.	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) e Art. 10, c.5 - D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 -Art. 1, c.15 L. n. 190/2012 -Delib Civit n. 71/2013 -Delibera ANAC 1310/2016	Costi contabilizzati -da pubblicare in tabelle- dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Responsabile s.s. Controllo di Gestione	Referente s.s. Controllo di Gestione	Annuale ex art. 10 c.5 DLgs 33/2013
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Liste d'attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata - da pubblicare in tabelle: a) i criteri di formazione delle liste di attesa, b) i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Direttore Medico di Presidio	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
SERVIZI EROGATI	Servizi in rete	Art. 7 c. 3 DLgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 c. 1 del DLgs. 179/16 Delibera ANAC 1310/2016	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	Tempestivo
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	//	s.c. Sistemi Informativi – SI	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale	Art. 4bis c.2 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Dati sui pagamenti da pubblicare in tabelle: dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE						

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33 DLgs. n. 33/2013 modificato dal DLgs. n. 97/2016, Delibera ANAC 1310/2016	<p>a) Indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore <u>annuale</u> di tempestività dei pagamenti)</p> <p>b) indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti</p> <p>c) ammontare complessivo dei debiti e numero delle imprese creditrici</p>	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	<p>punto a) e c) annuale ex Art. 33 DLgs. n. 33/2013</p> <p>punto b) trimestrale (art. 33 c.1 DLgs 33/2013)</p>
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 DLgs. n. 33/2013 Art. 5, c.1 DLgs. n. 82/2005 Delibera ANAC 1310/2016	<p>Specificare, nelle richieste di pagamento:</p> <p>i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento</p>	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità – REF	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c.1 DLgs n. 33/2013 Asrt. 1, L. n. 144/1999 Delibera ANAC 1310/2016	Informazioni relative ai Nuclei di Valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c.2 e 2bis DLgs n. 33/2013 Art. 21, c.7 e Art 29 DLgs n. 50/2016 Delibera ANAC 1310/2016	<p>Atti di programmazione delle opere pubbliche:</p> <p>a titolo esemplificativo (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti):</p> <p>a) programma triennale dei lavori pubblici nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 DLgs. n. 50/2016</p> <p>b) documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del DLgs. n. 228 /2011 (per i ministeri)</p>	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
OPERE PUBBLICHE	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c 2 DLgs n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	a) Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate b) informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Da pubblicare in tabelle sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e delle finanze d'intesa con ANAC che ne curano altresì la raccolta e pubblicazione nei propri siti web istituzionali al fine di consentire agevole comparazione.	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO	Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c1 DLgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<u>Atti di governo del territorio</u> , piani territoriali, piani paesistici, urbanistici etc.	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
INFORMAZIONI AMBIENTALI	Informazioni ambientali	Art. 40 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	<u>Informazioni ambientali:</u> stato dell'ambiente, fattori inquinanti, misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto, misure di protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto, relazioni sull'attuazione della legislazione, stato della salute e della sicurezza umana, relazioni sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio.	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE	Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41 c.4, D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	a) Elenco delle strutture sanitarie private accreditate b) Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	//	//	annuale ex Art. 41 c.4, D.Lgs.33/2013

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	
INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA	Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42 c. 1 lett a), b) e c) D.Lgs. n. 33/2013 Delibera ANAC 1310/2016	Provvedimenti adottati concernenti interventi straordinari e di emergenza che comportano deroga alla legislazione vigente	//	//	tempestivo ex art 8 DLgs. n. 33/2013	
	ALTRI CONTENUTI		Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 c.2bis L n. 190/2012 / Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	annuale	
			Art. 1 c.8 L. 190/2012 -Art. 43, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	tempestivo
		Corruzione	Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	tempestivo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		Art. 1, c.14, L. 190/2012 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	Relazione del Responsabile per la prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	annuale ex Art. 1, c.14, L. 190/2012
		Art. 1, c.3, L. n. 190/2012 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	Provvedimenti adottati dall'Anac ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	tempestivo
		Art. 18, c.5 D.Lgs. n. 39/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016 e 1310/2016	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013	Responsabile per la prevenzione della corruzione	Referente prevenzione della corruzione	tempestivo

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ALTRI CONTENUTI	Accesso Civico	Art. 5, c.1 D.Lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 -Delibera ANAC n. 831/2016, 1309/2016 e 1310/2016	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria: nome del Responsabile della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e della casella di posta elettronica istituzionale	Responsabile per la trasparenza	Referente per la trasparenza	tempestivo
		Art. 5, c.2 D.Lgs. n. 33/2013 -Delibera ANAC n. 831/2016, 1309/2016 e 1310/2016	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori: nomi uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabili dei procedimenti secondo competenza	Referenti procedimenti secondo competenza	tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016) Delibera ANAC 1310/2016	Registro degli accessi elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Predisposizione: Dirigenti delle strutture responsabili dei procedimenti secondo competenza Pubblicazione: Ufficio Relazione con il Pubblico	Predisposizione: strutture responsabili dei procedimenti secondo competenza Pubblicazione: Ufficio Relazione con il Pubblico	semestrale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 ex art. 52 abrogato	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI	s.c. Sistemi Informativi – SI	tempestivo
	Accessibilità a catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 ex art. 52 abrogato	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI	s.c. Sistemi Informativi – SI	annuale

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ALTRI CONTENUTI		<p>Art. 9, c. 7, D.L. 179/2012 "decreto sviluppo bis" convertito con modificazioni dalla L. 17.12.2012 n. 221</p> <p>-Circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2006 e s.m.i.</p> <p>-Delibera ANAC 1310/2016</p>	<p>Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni della Circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013):</p> <p>a) obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno);</p> <p>b) stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del <u>telelavoro</u>" nella propria organizzazione</p>	<p>p. a) Ditta incaricata dalla Fondazione per la programmazione del sito e/o Direttore s.c. Sistemi Informativi</p> <p>p. b) s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane in collaborazione con s.c. Sistemi Informativi</p>	<p>p. a) Ditta incaricata dalla Fondazione per la programmazione del sito e/o s.c. Sistemi Informativi</p> <p>p. b) s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane in collaborazione con s.c. Sistemi Informativi</p>	<p>annuale ex Art. 9, c. 7, D.L. 179/2012, entro il 31 marzo di ogni anno</p>
	Dati ulteriori (*)	<p>Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013</p> <p>Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012</p>	<p>Infornatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente</p>	<p>Direttore s.c. Sistemi Informativi – SI</p>	<p>s.c. Sistemi Informativi – SI</p>	<p>Verifica trimestrale</p>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ALTRI CONTENUTI	Dati ulteriori (*)		Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale:			
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	<u>Affidamento ed esecuzione di contratti di lavori, servizi e forniture</u> -pubblicazione dei seguenti dati: -contratti prorogati e contratti affidati in via d'urgenza (con relative motivazioni); - nomativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - accordi bonari e transazioni	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	Pubblicazione a seguito di monitoraggio
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 50/2016	1. Pubblicazione delle varianti di lavori 2. Pubblicazione provvedimenti di liquidazione per gli appalti di lavori sopra i 500.000,00 euro	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	/
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 50/2016	Elenchi professionisti e imprese per l'affidamento di lavori Albo dei tecnici	Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale – TEC	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013
			Dati ulteriori di competenza della s.c.Gestione Acquisti:			

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	<u>Affidamento ed esecuzione di contratti di servizi e forniture</u> -pubblicazione dei seguenti dati: - contratti prorogati e contratti affidati in via d'urgenza (con relative motivazioni); - nomativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa); - accordi bonari e transazioni	Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ	s.c. Gestione Acquisti – ACQ	Pubblicazione a seguito di monitoraggio
		D.Lgs. n. 50/2016	Elenco degli affidamenti di beni e servizi (sopra e sotto soglia comunitaria)	Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ	s.c. Gestione Acquisti – ACQ	/
		D.P.C.M. 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture di servizio	Direttore s.c. Gestione Acquisti – ACQ	s.c. Gestione Acquisti – ACQ	pubblicazione a seguito di censimento

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
ALTRI CONTENUTI	Dati ulteriori (*)	Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012 determinazione ANAC 28.10.2015 n. 12	Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane			Pubblicazione a seguito di monitoraggio
			<u>Procedure di acquisizione del personale:</u> Esito verifiche dei requisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici.	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
		Art. 4, c.3 Dlgs. n. 33/2013 Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	Dati relativi agli scioperi	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Pubblicazione dei dati relativi agli scioperi
		CCNL Comparto 21/5/2018 ripreso dal recente CCIA sottoscritto in data 13/06/2019 CCNL area Sanità (dirigenza medica e sanitaria) 19/12/2019	Dati relativi alle ferie e riposi solidali (istituto giuridico introdotto con il) indicando esclusivamente il numero di giorni richiesti ed il numero di giorni ceduti nell'anno precedente (preservando la riservatezza dei dipendenti interessati)	Direttore s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Pubblicazione dei dati
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità:			
			Elenco adempimenti PAC attuati nell'anno 2019 e aggiornamento anni successivi	Direttore s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità - REF	/
		Dati ulteriori di competenza della s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione:				

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
			a) Elenco delle convenzioni stipulate con enti, casse e società di mutuo soccorso, fondi sanitari integrativi ed assicurazioni che consentono il rimborso totale o parziale delle prestazioni sanitarie effettuate dal paziente b) informativa specifica circa le differenze tra le due modalità di convenzione sopraindicate - forma diretta e indiretta. c) Elenco dei medici che effettuano visite specialistiche ambulatoriali e prestazioni diagnostiche radiologiche in libera professione e relativa specifica di giorni e orari delle prestazioni.	Direttore s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione – ACLP	

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa	
ALTRI CONTENUTI	Dati ulteriori (*)		Dati ulteriori di competenza della s.c. .Gestione e Sviluppo Risorse Umane:				
			Relazione "Piano di formazione " anno 2020 e anni successivi	Direttore s.c.Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	s.c.Gestione e Sviluppo Risorse Umane – RU	/	
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Affari Generali e Legali:				
		Art.1 c. 9 lett f) L. n. 190/2012	<u>Gestione del patrimonio immobiliare disponibile :</u> pubblicazione di tabella con elenco delle tipologie di procedure attuate per la vendita e la locazione degli immobili.	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	Pubblicazione a seguito di monitoraggio	
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Art. 4, c.3, L.8.3.2017 n. 124	Dati relativi ai risarcimenti erogati dalla Fondazione nell'ultimo quinquennio	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	pubblicazione dati ultimo quinquennio	
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	a) Albo Avvocati b) Albo Medici legali c) Albo Notai d) Albo Studi Brevettuali	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	
			Dati polizza responsabilità civile	Direttore s.c. Affari Generali e Legali	s.c. Affari Generali e Legali	tempestivo ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013	

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Sistemi Informativi:			
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 D.Lgs. n. 82/2005	Progetti e-Health per la dematerializzazione dei processi Istituzionali: struttuazine e stato di avanzamento	Direttore Sistemi Informativi – SI	Sistemi Informativi – SI	/
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Ingegneria Clinica:			
			Pubblicazione della Procedura su apparecchiature "in visione"	Direttore s.c. Ingegneria Clinica	s.c. Ingegneria Clinica	
			Dati ulteriori di competenza del Direttore della s.c. Direzione Medica di Presidio:			
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Disposizioni anticipate di trattamento (Biotestamento)	Direttore Medico di Presidio	s.c. Sistemi Informativi – SI	/
		Art. 4 L. n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)	Procedura di rilascio documentazione sanitaria, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	Direttore Medico di Presidio	s.c. Sistemi Informativi – SI	
			Dati ulteriori di competenza del Risk Manager:			

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
Altri contenuti	Dati ulteriori (*)	Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Art. 5, c.3, L.8.3.2017 n. 124	Eventi avversi ed azioni di miglioramento	Risk Manager	s.c. Sistemi Informativi – SI	/
			Dati ulteriori di competenza dell'Ufficio Relazioni con il pubblico:			
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Customer Satisfaction	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	/

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
Altri contenuti	Dati ulteriori (*)		Modulistica per le segnalazioni da parte degli utenti esterni	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Direzione Professioni Sanitarie – DPS			
			Vademecum "istruzioni/raccomandazioni sulla gestione delle oblazioni al personale infermieristico"	Direttore s.c. Direzione Professioni Sanitarie – DPS	s.c. Professioni Sanitarie – DPS	
			Dati ulteriori di competenza del Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale			
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012	Indici infortunistici secondo norma UNI	Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	Referente dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	/
			Foglio illustrativo relativo alle istruzioni di sicurezza al cittadino	Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	Referente dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale	
			Dati ulteriori di competenza della s.c. Farmacia Ospedaliera			
			Regolamento sull'attività degli informatori tecnico/scientifici	Direttore s.c. Farmacia	s.c. Farmacia	
		Dati ulteriori di competenza della Direzione Scientifica:				

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (A) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026

Sottosezione I livello	Sottosezione II livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo e contenuti dell'obbligo	Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	Scadenza adempimento prevista dalla normativa
		Art. 4, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, L. n. 190/2012 Piano Strategico della ricerca	1. Piano Strategico della Ricerca 2 linee di ricerca corrente 3. Rendicontazioni di assegnazione risorse 5x100 (relazioni Ministero Salute e Ministero Università e Ricerca) 4. Scientific report	Direttore Scientifico	Direzione Scientifica	/
			Assegnazione "Premio giovani ricercatori" 2019 e anni successivi	Direttore Scientifico	Direzione Scientifica	/

(*) Dati ulteriori: dati informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate.

LA SOTTO SEZIONE 1° LIVELLO - BANDI DI GARA E CONTRATTI
(SOSTITUTIVO DEGLI OBBLIGHI ELENCATI PER LA SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"
DELL'ALLEGATO 1) E' STATA ESTRAPOLATA PER COSTITUIRE ALLEGATO INDIPENDENTE (ALL. 2B)

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Tabella adempimenti trasparenza 2024-2026, ai sensi del DLgs. n. 33/2009
Dati soggetti ad obbligo di pubblicazione
ALLEGATO N. 2 (B) - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026
SOTTO SEZIONE 1° LIVELLO - BANDI DI GARA E CONTRATTI
(SOSTITUTIVO DEGLI OBBLIGHI ELENCATI PER LA SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI" DELL'ALLEGATO 1)

ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE

<u>Denominazione sotto-sezione I livello</u>	<u>Riferimento normativo</u>	<u>Contenuto dell'obbligo</u>	<u>Aggiornamento</u>	<u>Struttura preposta alla pubblicazione sul sito</u>	<u>Struttura competente alla predisposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione</u>	<u>note</u>
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale	sc Gestione Tecnico Patrimoniale	
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	NA	NA	
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica	

PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023

PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI

SOTTO-SEZIONE
"Bandi di gara e
contratti"

Fase	Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	aggiornamento	Struttura competente alla preposizione di dati e/o documenti e loro trasmissione per la pubblicazione	Struttura preposta alla pubblicazione sul sito	note
Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	NA	NA	
	Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Parl opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti	
	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	NA	NA	L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022 La documentazione è disponibile al
Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica	sc Gestione Tecnico Patrimoniale sc Gestione Acquisti sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica		

<p>Esecutiva</p>	<p>Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati</p> <p>D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti</p> <p>2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u> sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica</p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u> sc ICT sc Ingegneria Clinica Direzione Scientifica</p>	
<p>Sponsorizzazioni</p>	<p>Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato</p>	<p>Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.</p>	<p>Tempestivo</p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	
<p>Procedure di somma urgenza e di protezione civile</p>	<p>Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023</p>	<p>Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.</p>	<p>Tempestivo</p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	
<p>Finanza di progetto</p>	<p>Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento</p>	<p>Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi</p>	<p>Tempestivo</p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	<p><u>sc Gestione Tecnico Patrimoniale</u> <u>sc Gestione Acquisti</u></p>	