

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

(*Ex lege* 190 del 2012 e s.m.i)
2023 - 2025

Approvato dal Direttore Generale IRST - Dott. Giorgio Martelli – 27.01.2023

Adottato dal Consiglio di Amministrazione IRST nella seduta del --/--/----

Sommario

A. INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE.....	4
B. PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT.....	6
OBIETTIVI E FINALITA'	7
C. SISTEMA DI GOVERNANCE.....	7
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA: NOMINA E ACCERTAMENTO DEI REQUISITI.	8
I RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE	9
SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT....	9
L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	9
a. SC AREA GIURIDICO AMMINISTRATIVA - ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE.....	10
b. SC AREA PROVVEDITORATO E SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO.....	11
c. SC AREA RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE INFORMATICHE - SERVIZIO TECNICO	13
d. DIREZIONE SANITARIA	17
e. SC FARMACIA	18
f. PROGRAMMA PER L'INNOVAZIONE E LA RICERCA.....	19
g. UNITA' OPERATIVA BIostatistica E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	20
h. SSD UFFICIO RICERCA, TRASFERIMENTO TECNOLOGICO E FORMAZIONE	22
i. URP & COMUNICAZIONE.....	24
D. SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	24
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E LE FIGURE DI SUPPORTO: DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE E AZIONI INTRAPRESE	24
a. RESPONSABILI DI FUNZIONE / DIRIGENTI.....	26
b. RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE	26
c. RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA).....	27
d. SOGGETTO GESTORE DELL'ANTIRICICLAGGIO	27
E. COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE.....	27
F. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	28
G. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	28
PRINCIPALI RISCHI CORRUTTIVI GESTIONALI.....	29
MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DELL'IRST	29
GOVERNO DELLA SPESA PER FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO E GRANT DA STUDI CLINICI.....	30
EVOLUZIONE DELL'ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO	31
DIMENSIONI DELL'IRST E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO	32
RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER.....	33
RISCHI RELATIVI ALLA CRESCITA DEI BISOGNI E ALLA PRESSIONE DELLA "DOMANDA"	34
RAPPORTI CON LA COMMITTENZA	34
H. VALUTAZIONE DEL RISCHIO	35

I. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI.....	35
a. CODICE DI COMPORTAMENTO	35
b. ROTAZIONE DEL PERSONALE	35
c. INCONFERIBILITA' - INCOMPATIBILITA' - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	36
d. WHISTLEBLOWING.....	37
e. FORMAZIONE.....	38
f. TRASPARENZA.....	39
g. DIVIETI POST - EMPLOYMENT – PANTOUFLAGE.....	40
h. COMMISSIONI E CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA	40
i. PATTI DI INTEGRITA'	41
L. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE SPECIFICHE	41
M. SEZIONE TRASPARENZA.....	41
ALLEGATI	41

A. INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Il presente documento provvede ad aggiornare il PTPCT adottato dal Consiglio d'Amministrazione dell'IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio Tumori "Dino Amadori" (IRST/Società) per il triennio 2023 - 2025 e pubblicato nella sezione Società Trasparente del sito dell'Istituto.

La Direzione provvede all'aggiornamento dell'analisi dei rischi e della redazione del PTPCT in quanto la Società è "soggetto privato in controllo pubblico", come di recente accertato dagli organi IRST a seguito di deliberazione N. 2003 del 28/12/2020 della Regione Emilia-Romagna "Piano di riassetto per la razionalizzazione delle partecipazioni societarie della Regione Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175".

Il documento recepisce ed attua il D. Lgs. 97/2016 e fa proprie le indicazioni ed i suggerimenti dati dalla Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 (PNA 2016), Delibera ANAC 1208 del 22 novembre 2017 (PNA 2017), Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 (PNA 2018), Delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019) e PNA 2022 (Testo approvato dal Consiglio ANAC il 16 novembre 2022) adattandole alla struttura aziendale, e tiene conto delle indicazioni fornite dall'Assessorato regionale relativo all'ambito sanitario nonché dall'OIV Regionale.

In particolare, il presente documento segue le indicazioni di cui alla Delibera ANAC 8 novembre 2017 n. 1134 recante *"Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"* (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 284 del 5 dicembre 2017).

Il presente PTPCT è un programma di attività in cui sono indicate le aree di rischio, i rispettivi rischi specifici di ogni processo, le misure implementate e quelle da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, recepiti dal RPCT durante i numerosi incontri anche informali avvenuti con i dirigenti aziendali, nonché i suggerimenti offerti dal Consiglio d'Amministrazione.

La **specificità del settore sanitario**, rispetto ad altri della pubblica amministrazione, ha determinato ANAC (v. Determina N. 12/2015 Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015 al PNA) a predisporre una sezione speciale dedicata. Esso infatti risente di fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono interferire nel rapporto tra la domanda sanitaria (come ad esempio, l'asimmetria informativa fra utenti e SSN, l'elevata parcellizzazione della domanda, la fragilità della domanda di servizi di cura) e l'offerta (come, ad esempio, l'asimmetria informativa tra sistema sanitario e fornitori privati) e costituire potenziali elementi di condizionamento.

Per tali ragioni ANAC ha ritenuto di implementare nel PNA 2016 le indicazioni inizialmente rese ed ha inserito nel Piano la Sezione VII – SANITA' che il presente documento recepisce compatibilmente con la propria natura di società strumentale al SSN. Tali indicazioni sono mantenute nell'Allegato 1 al PNA 2019.

Alla luce di quanto sopra, il PTPCT di IRST si allinea con gli altri atti di programmazione aziendale, in particolare con l'Atto Aziendale e il Manuale dell'Assetto Organizzativo (documento che descrive le aree di responsabilità delegate a tutte le strutture organizzative aziendali).

Nella redazione del Piano si è provveduto ad analizzare le previsioni dell'Allegato 1 al PNA 2019 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo" da ritenersi l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei Piani triennali della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) per la parte relativa alla

gestione del rischio corruttivo, mantenendo validi riferimenti agli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, etc.) riportati nei precedenti PNA.

Rispetto alle previsioni dell'Allegato 1 al PNA:

- si allinea nei contenuti alle previsioni della piattaforma di acquisizione dei dati sui PTPCT di ANAC
- introduce modificazioni in relazione alla nuova mappatura dei processi.

L'Istituto si riserva di tendere all'allineamento alle indicazioni di cui all'Allegato 1 in occasione dell'emanazione degli aggiornamenti successivi, nei tempi e nelle forme che vengono condivise e adottate dai componenti del tavolo degli RPCT delle Aziende Sanitarie regionali, per quanto compatibili alla natura di società privata in controllo pubblico quale è IRST, prevedendo il coinvolgimento di direttori/responsabili di funzione responsabili dei processi.

Anche per il presente Piano 2023 – 2025, giunto alla ottava edizione, è stata applicata la metodologia per l'analisi e la gestione del rischio corruttivo provvedendo ad aggiornare la mappatura dei processi, individuando i comportamenti a rischio per i quali è stata fatta la valutazione di tipo qualitativo, nonché individuate le misure di prevenzione e trattamento del rischio.

L'individuazione delle misure di prevenzione ha comportato un'attività di autoanalisi organizzativa tesa a conciliarsi con l'insieme delle azioni di miglioramento delle *performances* collegate a finalità tipiche dell'azione aziendale (efficienza, efficacia, economicità, sviluppo di competenze ecc.). A tal fine IRST ha

- confermato l'introduzione nel proprio sistema di premialità legato al raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dirigenti anche l'attuazione delle misure definite nel PTPCT,
- declinato nel Manuale dell'Assetto Organizzativo tra le responsabilità dei dirigenti dell'area amministrativa la promozione e l'assicurazione della verifica sistematica della segregazione dei compiti e del rispetto dei criteri operativi di controllo stabiliti nel Modello Organizzativo Gestionale, ai fini della prevenzione dei reati correlati alla gestione amministrativa (rif. D.Lvo 231/01) e alla corruzione (L.190/2012).

Il PTPCT 2023-2025 è strutturato secondo i seguenti contenuti:

- individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, a partire dalle previsioni di cui all'All. 1 al PNA 2019, valutate anche in relazione al contesto interno ed esterno – così come delineato nell'analisi svolta dal Gruppo di lavoro “Descrizione contesto esterno” attivatosi nell'ambito del Tavolo di coordinamento della Rete per l'integrità e la Trasparenza regionale, riportato al tavolo regionale degli RPCT delle Aziende Sanitarie;
- programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio;
- previsione di procedure e regolamenti per l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;
- individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- adozione di un Codice Etico Comportamentale per i dipendenti ed i collaboratori, che include la regolazione dei casi di conflitto di interesse;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- regolazione di un sistema informativo per agevolare il flusso delle informazioni e consentire forme di monitoraggio sull'implementazione del modello da parte degli organi di IRST;
- introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello e ai comportamenti indicati nel Codice Etico Comportamentale;
- previsione di misure organizzative atte a garantire l'accesso civico e l'assolvimento in generale degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. 33/2013.

B. PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT

IRST, in conformità a quanto previsto dal PNA e dalle Linee Guida di ANAC, recupera e sviluppa l'analisi condotta per l'elaborazione e mantenimento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi degli artt. 6 e 7 del D.Lgs. 231/2001 ("Modello 231"), adottato da IRST fin dal 2012, aggiornato complessivamente nel 2018 e costantemente mantenuto, estendendone l'ambito di applicazione anche a tutti i reati considerati dalla L. N. 190/2012, dal lato attivo e passivo. Strutturalmente il Modello 231 è costituito anche dal presente PTPCT come documento ad esso allegato e di esso facente parte integrante.

La Società pertanto, integra il modello di organizzazione e gestione *ex* D.Lgs. n. 231 del 2001 con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità in coerenza con le finalità della L.N. 190/2012, secondo quanto indicato nella delibera ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017 "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e dagli enti pubblici economici", in cui è rappresentata la preferenza per una materiale incorporazione dei due documenti.

IRST predispone il documento - PTPCT – che costituisce parte integrante del Modello 231 sotto forma di allegato, da aggiornarsi di anno in anno.

Le misure volte alla prevenzione della corruzione *ex lege* n.190 del 2012 sono state elaborate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in coordinamento con il Responsabile della Trasparenza, il Direttore generale e l'Organismo di Vigilanza (OdV) e sono adottate dal Consiglio d'Amministrazione. Fino a maggio 2020 il RPC è stato anche membro interno OdV, pertanto si è favorito nei fatti il coordinamento delle attività essendo state discusse numerose tematiche comuni. Nel 2020 il CdA ha provveduto a nominare il nuovo OdV (composto da 3 membri esterni) e pertanto si sono programmate sedute congiunte al fine di favorire forme di collaborazione reciproche secondo le indicazioni di ANAC recate dalla delibera n. 1134/2017, documentate nella relazione annuale dell'OdV trasmessa al CDA.

La Società ha avviato un'azione di "Pubblicizzazione" delle misure che una volta adottate sono diffuse sia all'interno della stessa secondo modalità proprie e condivise con la Direzione Generale, sia attraverso forme di pubblicità volte verso l'esterno attraverso il sito istituzionale, in particolare attraverso la sezione "Società trasparente".

Il PTPCT 2023 – 2025 presuppone il diretto coinvolgimento del vertice della Società in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale e indefettibile del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale. A tal proposito l'RPC ha trasmesso ai Dirigenti e ai Responsabili di funzione la nota prot. 9474 / 2022 "Attività formativa tema anticorruzione o malagestio - anno 2022 - e previsioni anno 2023" e prot. 9475 / 2022 " Mappatura processi e analisi rischio corruzione - valutazione per PTPCT 2023 -2025", con cui li si invita a valutare il precedente piano e a fornire i suggerimenti e contributi per l'aggiornamento, anche in relazione alla formazione effettuata dai collaboratori sul tema della prevenzione della corruzione.

Il RPC raccoglie le valutazioni, provvede alla redazione del piano, che viene sottoposto alla valutazione consultiva dell'OdV, rappresentando esso parte integrante del Modello 231; il Piano viene successivamente verificato e approvato dal Direttore Generale, in attesa dell'adozione formale da parte del CDA.

Il piano viene pubblicato nel portale dell'Istituto alla sezione Società Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione.

OBIETTIVI E FINALITA'

Dalla approvazione del presente Piano, il cui obiettivo primario è lo sviluppo di una cultura della prevenzione più capillare tra i dipendenti, conseguiranno iniziative che si svilupperanno durante il triennio 2023 - 2025 tra cui attività di monitoraggio nonché azioni con il chiaro intento deflattivo di comportamenti non in linea con il principio di legalità, ma soprattutto idonee a far emergere comportamenti sospetti.

Altro contenuto del PTPCT riguarda la conferma delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza in quanto parte integrante del PTPCT come "apposita sezione" (Allegato 3).

Si conferma all'interno del sito internet www.irst.emr.it la sezione "società trasparente" <https://www.irst.emr.it/it/irst-informa/societa-trasparente> in cui l'Istituto documenta tutti gli obblighi di informazione in tema di anticorruzione e trasparenza

Anche nel presente PTPCT è predisposta un'apposita sezione Trasparenza (integrata dai contenuti dell'Allegato 3) che analizza la funzione trasversale di tale strumento ed individua le decisioni della Società finalizzate alla sua corretta applicazione nell'organizzazione aziendale. Essa contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'accesso civico e l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di informazione previsti dalla normativa vigente, indentificando anche i responsabili della trasmissione e della pubblicazione.

C. SISTEMA DI GOVERNANCE

IRST è una società a responsabilità limitata il cui capitale è detenuto da soci pubblici e soci privati. In occasione dell'Assemblea dei Soci dell'11 dicembre 2017 è stata approvata la modifica allo Statuto, che prevede all'art. 5 "Capitale Sociale" in cui si è innalzata la soglia di partecipazione del capitale detenuto da soci pubblici dal 70 al 75% e all'art. 13 "Assemblea dei Soci" un innalzamento della soglia di maggioranza per le deliberazioni della stessa assemblea dal 75 all'80% riguardo alcune importanti tipologie di decisioni tra cui la trasformazione dell'Istituto, lo scioglimento anticipato, le modifiche statutarie, la cessione di quote, la esclusione di soci, etc..., a tutela della componente privata. Le principali decisioni inerenti l'Istituto non possono dunque essere adottate autonomamente né dalla compagine pubblica né dalla compagine privata dell'organo assembleare.

L'attuale compagine societaria è la seguente:

Componente pubblica: 74,62%	
Regione Emilia-Romagna	35,00%
Azienda USL della Romagna	33,40%
Università degli Studi di Bologna	5,00%
Comune di Meldola	1,22%
Componente privata: 25,38%	
Istituto Oncologico Romagnolo	12,65%
Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì	6,08%
Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena	1,08%
Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna	3,04%
Fondazione Cassa di Risparmio e Banca del Monte di Lugo	0,52%
Fondazione Cassa di Risparmio di Imola	2,00%
Fondazione Banca del Monte e Cassa di Risparmio di Faenza	0,01%

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA: NOMINA E ACCERTAMENTO DEI REQUISITI.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'IRST ha designato nel 2015 come Responsabile per l'anticorruzione (RPC) la dott.ssa Marna Bernabini, dipendente della Società, mentre il ruolo di Responsabile della Trasparenza (RT) è affidato al dott. Gianluca Mazza, dirigente, nominato dal Direttore Generale in data 29.10.2013. Gli incarichi sono stati confermati dal Consiglio d'Amministrazione del 27.10.2017 e del 15.04.2019.

La nomina del RPC è stata comunicata all'ANAC attraverso il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità in data 14 dicembre 2015.

La nomina dei Responsabili in IRST è stata resa nota a tutti i dipendenti attraverso riunioni con il personale responsabile di funzione/dirigente ed è resa pubblica attraverso l'apposita sezione del portale dell'Istituto (alla pagina web: <https://www.irst.emr.it/it/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza#documenti>).

La nomina dell'RPC è stata effettuata per le seguenti motivazioni:

- possesso di adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione, in quanto Responsabile dell'Ufficio Qualità e Accreditamento,
- dotata della necessaria autonomia valutativa,
- collocata in una posizione che non presenta profili di conflitto di interessi,
- individuata tra i dipendenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva.

In questa ottica, infatti, la scelta ha evitato che venisse individuato un soggetto assegnato a uffici svolgenti attività nei settori più esposti al rischio corruttivo, come l'ufficio contratti o quello preposto alla gestione del patrimonio.

Entrambe le figure sono avvedute sulle dinamiche organizzative interne, dotate di una qualificata capacità di avvalersi in modo proficuo delle esperienze e competenze presenti all'interno e all'esterno della struttura in cui operano, per cui risultano idonee per svolgere tali incarichi.

Per le nomine è stato preferito il criterio di scelta di tipo "organizzativo", individuando nella figura del responsabile dell'Ufficio Qualità e Accreditamento l'RPC (figura strategica in virtù della sua conoscenza dei processi organizzativo gestionali dell'Istituto, pur non essendo dirigente), e nel responsabile dell'Ufficio Affari Legali e Generali il RT.

Stante le dimensioni dell'Ente e la ridotta dotazione di personale amministrativo, si è ritenuto di mantenere la responsabilità su due figure in quanto ritenuta più funzionale e meno onerosa (**nel seguito del testo i riferimenti al RPCT si intendono rivolti ad entrambe le figure congiuntamente**).

La dott.ssa Bernabini e il dott. Mazza sono membri del "Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale", formalizzato con Determina Num. 19717 del 05/12/2017, aggiornato con Determinazione Num. 21042 del 03/11/2022 "Aggiornamento della composizione del tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR".

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPCT nei confronti del personale dell'Ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è previsto che la Società, quale misura organizzativa da adottarsi da parte degli organi di indirizzo, attivi anche quelle dirette ad assicurare che il RPCT svolga il suo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato fin dall'Aggiornamento 2015 al PNA.

Va ricordato ancora che all'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPCT preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. La nomina del RPCT nella Società è stata resa nota a tutti i dipendenti attraverso riunioni con il personale responsabile di funzione/dirigente.

In conformità alle disposizioni vigenti, il presente PTPCT contiene indicazioni procedurali fondate sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPCT. Infatti, anche nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione.

In caso di assenza temporanea dell'RPCT il Direttore Generale affida le responsabilità ad un dirigente o altro dipendente in posizione di adeguata responsabilità: la designazione del sostituto è tempestivamente comunicata all'interessato.

In caso di necessità di procedere a nomina di un RPCT che subentri a quello attuale, la nomina è a cura del CdA e deve essere comunicata all'ANAC ai fini della sua pubblicazione..

I RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE

L'Istituto ha individuato nelle persone dei dirigenti/responsabili di funzione i Responsabili della pubblicazione dei dati. Essi, coadiuvati dai responsabili della produzione del dato, provvedono direttamente agli adempimenti di trasparenza di cui al presente Piano, individuando ai sensi della relativa disciplina i documenti, le informazioni e i dati destinati ad essere pubblicati sul sito istituzionale della società nella sezione Società Trasparente.

I Responsabili della pubblicazione per ogni singola voce sono indicati nell'allegato 3 al Piano.

SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT

Il presente Piano è frutto di coordinamento tra l'RPCT, il Consiglio d'Amministrazione ed i soggetti apicali della Società, come da indicazioni di ANAC.

L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Nel mese di dicembre 2015 il CdA ha deliberato l'Assetto Organizzativo, giunto già alla sua sedicesima revisione (versione aggiornata disponibile sul sito internet dell'Istituto). A seguire, nel settembre 2016, la Direzione Generale, in collaborazione con il Responsabile dell'Ufficio Qualità, Accreditamento, Certificazione e Sviluppo Organizzativo ha deliberato il Manuale dell'Assetto Organizzativo, in cui sono descritte le aree di responsabilità e le attività delegate alle strutture organizzative.

Ai sensi dello statuto il piano assunzioni è strumento di governo della gestione del personale.

Si descrivono di seguito le aree/strutture maggiormente esposte al rischio di reato corruzione e per cui è stata prodotta una dettagliata analisi del rischio che si allega al presente documento.

Le deleghe e le responsabilità attribuite ai dirigenti di area/dei servizi sono contenute nella scheda parte integrante della Delibera del Direttore Generale IRST N°2 del 28/03/2017 avente per oggetto "Attribuzione deleghe amministrative" (e nelle successive deliberazioni che integrano e modificano la predetta delibera) coerenti con l'assetto organizzativo e il Manuale dell'Assetto Organizzativo.

a. SC AREA GIURIDICO AMMINISTRATIVA - ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

Il Direttore della Struttura Complessa è il Dr. Gianluca Mazza.

Afferiscono unità dedicate alla Gestione delle Risorse Umane e alla Segreteria Direzionale.

Il servizio Gestione Risorse Umane si è sviluppato negli anni incrementando la propria dotazione. Gestisce tutti i processi correlati al personale sia dipendente che comandato, nonché titolari di incarico di collaborazione. La funzione di gestione degli stipendi è in service esterno, e la complessità in termini quali-quantitativi sta aumentando notevolmente in funzione dell'incremento della dotazione organica dell'IRST.

Il dettaglio dell'attività corrisponde a quanto descritto nel "Manuale dell'assetto organizzativo" adottato dall'Istituto.

In particolare, il Responsabile dell'area:

- Garantisce la corretta applicazione dei criteri posti alla base dell'assegnazione della retribuzione di risultato secondo gli orientamenti della Direzione Generale.
- Assicura la più ampia informazione interna ed è supportato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico per la comunicazione esterna all'Istituto.
- Relativamente ai propri ambiti di attività, promuove e assicura la verifica sistematica della segregazione dei compiti e del rispetto dei criteri operativi di controllo stabiliti nel Modello Organizzativo Gestionale, ai fini della prevenzione dei reati correlati alla gestione amministrativa (rif. D.Lvo 231/01) e alla corruzione (L.190/2012).
- Garantisce la funzione di Dirigente ai sensi del DL 81/2008 per la gestione della sicurezza nell'ambito dell'area di competenza.
- Assicura la gestione amministrativa del personale.
- Assicura la programmazione e il monitoraggio del budget delle Risorse Umane.
- Assicura la redazione del piano reclutamenti e collocamenti a riposo per approvazione del Direttore Generale.
- Assicura il supporto ai responsabili di unità operativa per il controllo presenze / assenze, programmazione e monitoraggio del piano ferie, gestione e controllo variabili (straordinari, astensioni obbligatorie, etc.).
- Insieme all'Area Programmazione e Controllo, supporta la Direzione nella valutazione del personale e gestione dei percorsi di carriera nel rispetto del regolamento sul sistema premiante e delle valutazioni approvato dal CdA, predisponendo gli atti relativi.
- Assicura il trattamento giuridico del personale, la gestione procedimenti disciplinari, del contenzioso su controversie sul lavoro.
- Assicura la corretta gestione delle procedure di reclutamento del personale, nonché degli adempimenti connessi alle assunzioni in ottemperanza ai vigenti regolamenti aziendali.
- Cura la predisposizione delle istruttorie a firma del Direttore Generale per l'affidamento e proroga incarichi di responsabilità, l'affidamento Progetti Speciali da parte della Direzione, la proroga dei contratti a tempo determinato.
- Supporta il Direttore Generale nella gestione delle relazioni sindacali anche con la partecipazione alla delegazione trattante.
- Assicura la redazione di atti relativi a part-time, aspettative, L. 104, trasferimenti a vario titolo, risoluzioni volontarie e non del rapporto, permessi e disdette sindacali etc.
- Assicura l'elaborazione dati per buste paga e liquidazioni (trattamento economico fisso e accessorio), e assicura la vigilanza sull'elaborazione dei cedolini da parte di ente esterno.
- Assicura i trattamenti fiscali, previdenziali e assicurativi e denunce periodiche.

- Garantisce la gestione amministrativa dell'attività in Libera Professione e Similalpi (atti amm.vi relativi alla regolamentazione, applicazione, liquidazione, etc) autorizzata dalla direzione medica di presidio.
- Assicura la gestione segreteria e protocollo, flussi documentali e archivi, attraverso la individuazione delle competenze sugli atti e la gestione del protocollo.
- Assicura il coordinamento della segreteria generale.
- Assicura il rispetto della normativa riguardante "Amministrazione trasparente" (adempimenti normativi, regolamentazione amm.ne trasparente e accesso agli atti).
- Garantisce la stesura di accordi e atti relativi ad assicurazioni, ad esclusione delle attività scientifiche.
- Assicura il supporto legale e la gestione del ricorso a consulenti esterni per convenzioni attive e passive con Aziende Sanitarie e altri Enti, sperimentazioni cliniche, contenzioso interno ed esterno, contrattualistica e agli atti in genere.
- Assicura la programmazione e gestione delle consulenze legali.
- Predisporre istruttoria per il Direttore Generale per l'incarico a legale per la costituzione in giudizio.
- Garantisce l'autorizzazione al patrocinio legale ai dipendenti.

L'area si avvale delle consulenze professionali di uno Studio giuslavorista, e di un avvocato per quanto riguarda le problematiche legali.

È in uso un software per la gestione amministrativa del personale, ed uno per la gestione del protocollo.

b. SC AREA PROVVEDITORATO E SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO

La Struttura Complessa è diretta dalla Dott.ssa Stefania Venturi.

Il Servizio assicura l'acquisizione di beni e servizi secondo i fabbisogni dell'Istituto e collabora all'attuazione del Piano degli Investimenti dell'Istituto gestendo le procedure di scelta del contraente, stipulando i contratti ed emettendo gli ordinativi ai fornitori.

Il dirigente è RUP delle gare di acquisizione di beni e servizi gestite dalla propria SC, se non diversamente indicato; nomina RUP e DEC tra i dipendenti dell'Istituto all'interno della propria SC, oppure in altra area; nomina membri dei gruppi tecnici e delle commissioni di aggiudicazione, sulla base di specifica delega del Direttore Generale, tra dipendenti dell'Istituto per procedure di gara condotte dall'IRST; nomina Commissari di gara tra i dipendenti dell'Istituto quali membri per la valutazione di offerte in gare condotte da altri Enti in nome e per conto dell'IRST (nel caso debbano essere garantite specifiche competenze); gestisce i rapporti con la Centrale di Committenza regionale e con l'AUSL della Romagna, sovrintende all'attività complessiva del Servizio.

Agli operatori del Servizio sono affidate le mansioni di:

- attività di RUP su specifica delega di funzione
- attività di supporto amministrativo al RUP;
- predisposizione dei documenti relativi a gare sopra e sotto soglia per servizi e forniture;
- redazione degli atti amministrativi relativi alle procedure di gara (provvedimenti a contrarre, di aggiudicazione, comunicazione di aggiudicazione e non aggiudicazione etc.);
- emissione di ordini ai fornitori;
- collaborazione e supporto ai servizi nella definizione dei fabbisogni;
- collaborazione nella predisposizione dei capitolati tecnici;

- predisposizione delle procedure sul portale del mercato elettronico Consip e Intercent-ER;
- attività di verifica dei requisiti degli operatori economici nelle modalità previste dal D.Lgs. 50/2016;
- adempimenti in materia di trasparenza;
- adempimenti previsti in merito alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- compilazione schede Sitar;
- monitoraggio dei consumi;
- monitoraggio delle scadenze contrattuali;
- predisposizione, stipula e gestione dei contratti;
- assistenza ai DEC;
- membri seggi di gara talvolta con funzione di segretario verbalizzante;
- istruttoria per l'adozione della programmazione degli acquisti di beni e servizi.

Attualmente gli acquisti avvengono come segue:

- in parte attingendo al magazzino logistico dell'AUSL della Romagna, in forza di una convenzione tra i due Enti, per le procedure per cui è stato comunicato un fabbisogno (es. farmaci, dispositivi medici, materiale economico, ecc);
- viene utilizzata la Centrale di Committenza regionale Intercent-ER e in via sussidiaria la centrale di committenza nazionale CONSIP, mediante adesione alle convenzioni/accordi quadro;
- espletamento di procedure sui portali informatici di CONSIP e Intercent-ER mediante ricorso ai relativi mercati elettronici o tramite l'utilizzo degli strumenti elettronici disponibili nel rispetto della normativa vigente;
- solo in casi marginali debitamente motivati attraverso le procedure tradizionali sempre nel rispetto del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i

Sono stati attivati rapporti di consulenza a supporto del RUP, dei suoi collaboratori e dei DEC, a tutela di una corretta interpretazione del Codice degli Appalti (D.Lgs. 50/2016) e dei costanti relativi aggiornamenti; è adottato il RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria - rev.03.

Il principale software utilizzato è "ad-hoc", sia per la gestione del ciclo passivo degli acquisti, che come fonte di dati per la gestione dei contratti e per i debiti informativi richiesti dalla normativa vigente in tema di trasparenza.

Per appalti viene utilizzato il sito web dell'Istituto su cui vengono pubblicate tutte le procedure e i conseguenti atti. Le procedure di gara sono svolte su sito web Consip e Intercent-ER.

Vengono affrontate le criticità nell'applicazione del processo degli acquisti, principalmente connesse alla limitata consapevolezza, soprattutto da parte dei servizi richiedenti, rispetto ai contenuti delle normative vigenti sugli acquisti, con il rischio di:

- fornire dati relativi alla stima del fabbisogno non coerenti alle reali necessità;
- non comprendere l'importanza di agire secondo una programmazione che invece è ormai necessaria sia per rispettare le procedure normativamente vigenti, sia per poter procedere attraverso il mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni sia mediante utilizzo degli

strumenti telematici di negoziazione messi a disposizione dalle centrali di committenza, come richiesto dalla normativa;

- formulare richieste di acquisto non accettando i tempi di espletamento delle procedure, per cui tutte le richieste diventano “urgenze”.

Per limitare al minimo le problematiche di tipo logistico e di spazi, con la collaborazione dei servizi richiedenti e con i gestori trasversali vengono inviati ai fornitori ordini di acquisto annuali a garanzia anche dei quantitativi minimi ordinabili con consegne frazionate, coerentemente ai bisogni d’uso ed agli spazi disponibili.

Il Servizio svolge periodica formazione con cadenza annuale ai Fruitore del Servizio ed in particolare ai DEC, RUP, Commissari e membri dei gruppi tecnici di gara specificando ruoli, funzioni, incompatibilità e delineando i confini in termini di potenziali conflitti di interesse.

Si evidenzia l’importanza, per migliorare l’organizzazione del servizio e per dare un puntuale riscontro alle Strutture richiedenti, di redigere una programmazione degli acquisti di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente ed in coerenza con la programmazione dell’AUSL della Romagna ed Intercent-ER.

Riguardo alla delega relativa alla direzione amministrativa del presidio, vengono gestite le funzioni di direzione in merito agli aspetti amministrativi coordinando le attività relative ai principali contratti di appalto di servizi ed in particolare vengono dirette le attività di accettazione, portierato, sorveglianza, aspetti amministrativi/contabili in merito alla gestione dei pazienti (gestione pazienti paganti e regolamento pazienti assistiti); vengono redatte, monitorate e aggiornate alcune convenzioni con altri Enti legate alla somministrazione di prestazioni sanitarie; infine viene garantito il coordinamento del Servizio in appalto delle mensa aziendale dei dipendenti e dei degenti.

c. SC AREA RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE INFORMATICHE - SERVIZIO TECNICO

La Struttura Complessa è diretta dall’Ing. Americo Colamartini.

L’area si avvale principalmente di collabori tecnici alla quale si affiancano alcuni figure professionali di supporto in regime di libera professione.

Sono attivi ad oggi rapporti di consulenza esterna relativi ai temi di cybersecurity e protezione dei dati.

L’area si suddivide nei seguenti Servizi:

Servizio Informatico (SI) – Struttura Semplice

Nel corso del 2022 è stata istituita la SS Servizio Informatico; dal mese di agosto 2022 la responsabilità della SS è affidata all’Ing. Roberto Vespignani, che in particolare si occupa dell’intero processo di gestione sistemi software e con specifiche competenze in informatica Medica.

Il SI si occupa dello studio, progettazione, sviluppo, manutenzione e amministrazione dei Sistemi Informatici di supporto alle altre UO e Servizi di Istituto nonché della corretta gestione (acquisizione, collaudo, manutenzione, messa fuori uso, supporto al governo clinico) di tutta l’attrezzatura informatica collegata alle attività cliniche e di ricerca svolte dall’Istituto. L’attività del Servizio è quindi rivolta in maniera trasversale a tutte le necessità di Istituto legate alle tecnologie dell’informazione e della comunicazione. Il Servizio inoltre collabora attivamente nell’attuazione degli studi di ricerca traslazionale avvalendosi delle proprie competenze nel proporre modelli

informativi adeguati alle esigenze contingenti. Le competenze altamente multidisciplinari del Servizio permettono inoltre una corretta capacità di analisi e gestione anche in contesti di Informatica Medica e di Networking applicato all'ambito Medico.

Il SI svolge, tra le altre, le seguenti attività specifiche:

- Assicura un efficace ed efficiente sviluppo dei sistemi informativi ed il loro costante adeguamento tecnologico.
- Cura lo sviluppo e l'unificazione del sistema informativo IRST con particolare riferimento ai collegamenti in rete ed all'informatica distribuita.
- Assicura l'efficienza operativa degli apparati di rete.
- Assicura la gestione ed il controllo dell'hardware aziendale garantendo agli utenti il necessario supporto tecnico ed operativo.
- Effettua analisi sui software da realizzare e/o acquistare individuandone caratteristiche, anche in relazione alle necessità gestionali rappresentate dai Responsabili delle articolazioni organizzative dell'Istituto.
- Assicura l'adeguamento alle necessità delle strutture IRST degli applicativi informatici, verificandone l'efficacia ed efficienza operativa e proponendo i necessari interventi.
- Collabora con le strutture organizzative dell'Istituto per l'implementazione e/o adeguamento di sistemi informatici/informativi necessari alla gestione di personale di Area Vasta o comunque collocato nelle diverse sedi territoriali di lavoro.
- Garantisce che il sistema informativo aziendale sia conforme alla normativa sulla protezione dei dati sia sotto il profilo della sicurezza dei dati sia sotto il profilo della riservatezza.
- Collabora alla definizione dei percorsi e dei processi aziendali stimolando il supporto informatico teso alla riduzione del rischio.
- Partecipa a progetti regionali, nazionali e internazionali per lo sviluppo della rete oncologica

La SS prevede le seguenti figure professionali:

- Collaboratore Professionale (coordinatore delle attività sistemistiche) che si occupa dell'intero processo di gestione dei sistemi server e di networking e che collabori nella definizione del piano di acquisizione dell'attrezzatura ICT.
- Collaboratore Professionale (Coordinatore delle attività di sviluppo software e interoperabilità) che si occupa dell'intero processo di sviluppo interno di software e l'utilizzo di framework per le implementazioni di servizi applicativi e di interoperabilità necessari all'Istituto
- Collaboratori Professionali e Programmatori che si occupano dello sviluppo interno di specifici moduli sw del supporto ai sistemi informatici amministrativi e che collabora nella manutenzione e nella messa in sicurezza dei sistemi di rete e di networking.
- Tecnici Informatici che si occupano dell'assistenza di primo livello e collaborano nella gestione del parco tecnologico di Istituto.

Tutte le figure professionali citate concorrono ed erogare in servizio di pronta disponibilità in regime di reperibilità

Il SI prevede l'utilizzo dei seguenti sistemi *software*:

- sistema gestione chiamate di assistenza;
- sistema di analisi delle anomalie;
- sistema di change-management;
- sistema di gestione attrezzatura.

I Collaboratori Professionali possono essere identificati per espletare le seguenti attività:

- DEC;

- assistenza al DEC;
- produzione e sottoscrizione di CS di gara;
- valutazione in commissioni di aggiudicazione;
- assistenza e sviluppo SW e sistemi di reporting e business intelligence
- assistenza HW;
- assistenza e sviluppo servizi e tecnologie di Rete, anche tra presidi IRST e in AVR Assistenza e sviluppo servizi di fonia e *servizi di intrattenimento paziente*;
- supporto ai progetti di innovazione, ricerca e sviluppo d'Istituto, delle UO, di AVR promossi da IRST
- piano annuale delle acquisizioni, rescissioni e manutenzioni SW, HW, Telefonia
- istruttoria per l'acquisizione, rescissione, manutenzione, gestione di SW HW
- istruttoria per l'acquisizione, rescissione, manutenzione, gestione di Telefonia mobile
- istruttoria per l'acquisizione, rescissione, manutenzione, gestione di Telefonia fissa
- rapporti con i fornitori IT
- attribuzione matricole cespiti di competenza, macchine, impianti
- dismissione d'uso beni mobili di competenza, macchine, impianti
- gestione dei sistemi di *backup* e di sicurezza informatica
- *disaster recovery plan*.

Il Servizio organizza la propria attività su di una programmazione sia annuale che pluriennale che viene continuamente monitorata e rimodulata al fine di consentirne una efficace dinamicità funzionale. Il Servizio Informatico si prefigge lo scopo di proporre progetti ICT innovativi e partecipa attivamente a tutte le progettualità proposte dell'Istituto.

Servizio Tecnologie Biomediche

Il Servizio Tecnologie Biomediche dell'IRST (in sinergia con gli altri servizi afferenti all'Area Tecnico-Informatica dell'Istituto) si occupa della corretta gestione (acquisizione, collaudo, manutenzione, messa fuori uso) di tutta l'attrezzatura biomedicale collegata alle attività cliniche e di ricerca svolte dall'Istituto. L'attività del Servizio è rivolta in maniera trasversale a tutte le necessità di Istituto legate alle tecnologie biomedicali, all'informatica medica ed alla telemedicina. Il Servizio ha la responsabilità di collaborare alla pianificazione operativa di supporto alle decisioni strategiche di Istituto attraverso la gestione dei budget delle manutenzioni e degli investimenti; il Servizio collabora costantemente nella verifica dell'efficacia delle strategie operative attuate dalla Direzione IRST. Il Servizio supporta le UO/Servizi nella attivazione o partecipazione agli studi di ricerca avvalendosi delle proprie competenze al fine di consentire un idoneo utilizzo di dispositivi medicali e delle tecnologie biomedicali.

Il Servizio prevede la presenza di n. 3 Collaboratori Professionali ai quali si affianca un Dirigente Ingegnere. Il Servizio, nello specifico, svolge le seguenti mansioni:

- gestire l'intero ciclo di vita dei dispositivi medici e delle apparecchiature sanitarie (acquisizione, collaudo di accettazione, sicurezza, manutenzione, controllo di qualità e fuori uso).
- supporto alle decisioni strategiche di UO attraverso la gestione del budget manutenzioni e piani investimenti.
- Gestire l'inventario dell'attrezzatura sanitaria a disposizione dell'Istituto.
- Gestire le richieste di assistenza relative alla attrezzatura sanitaria ed attivare le conseguenti richieste di intervento esterne.
- Coordinare gli interventi di assistenza tecnica/manutenzione dei fornitori IRST.
- Redigere e conservare la documentazione necessaria alla tenuta a norma dell'apparecchiatura sanitaria.

- Collaborare con eventuali servizi formalmente preposti i servizi preposti nell'assicurare assistenza dispositivi medici d'Istituto.
- Collaborare con eventuali servizi (Ingegneria Clinica di Area Vasta o in outsourcing) formalmente preposti nel garantire la sorveglianza sulla sicurezza dispositivi medici;
- Collaborare con eventuale servizi formalmente preposti preposti (Ingegneria Clinica di Area Vasta o in outsourcing) alla gestione dei processi sanitari e alla loro ottimizzazione;

Al personale del Servizio Tecnologie Biomediche è previsto l'affiancamento di figure tecniche fornite in outsourcing ottenute anche attraverso stipula di convenzione specifiche con altri enti sanitari.

Al personale afferente al Servizio sono affidati inoltre i compiti e le funzioni di:

- DEC
- Assistenza al DEC
- Produzione e sottoscrizione di CS di gara
- Valutazione in commissioni di aggiudicazione
- Produzione e predisposizione della documentazione necessaria al Dirigente collaudatore
- Supporto alla programmazione e budget investimenti di competenza
- Istruttoria per l'acquisizione, rescissione, manutenzione, gestione di attrezzature biomedicali e loro componenti
- Rapporti con i fornitori
- Attribuzione matricole cespiti di competenza, macchine, impianti
- Dismissione d'uso beni mobili di competenza, macchine, impianti
- Gestione delle procedure di accettazione e collaudo
- Gestione delle attività di pianificazione, esecuzione e verifica delle manutenzioni ordinarie e programmate
- Supporto nella gestione del ciclo di vita delle attrezzature.

Il Dirigente dei due suddetti servizi ha una autonomia di spesa definita nelle relative deliberazioni di pertinenza

Ufficio Tecnico

L'Ufficio, collabora all'attuazione del Piano degli Investimenti di Istituto per quanto concerne principalmente gli interventi rivolti alla realizzazione di nuove costruzioni o alla riqualificazione di strutture/ambienti esistenti.

L'Ufficio cura la predisposizione e l'attuazione (generalmente mediante contratti di appalto) dei piani programmati d'intervento sugli immobili, ed i relativi impianti.; attraverso un accordo quadro di fornitori ne gestisce invece la manutenzione ordinaria. L'Ufficio prevede la presenza di Geometra (coordinatore delle attività tecniche), di un perito elettrotecnico, di un supporto amministrativo ed una serie di professionisti in regime Libero Professionale.

Ad essi sono affidate le mansioni di:

- gestione della manutenzione edile ed impiantistica
- progettazione interna ed esterna
- validazione progettazione interna ed esterna
- direzione lavori
- direttore operativo
- RUP
- assistenza al RUP
- piano annuale dei lavori "prevedibili" in economia e suo monitoraggio

- proposta di budget per lavori "non prevedibili" e suo monitoraggio
- piano azioni di risparmio energetico e razionalizzazione
- collaborazione negli Atti relativi a gare sotto e sopra soglia per lavori edili, arredi e manutenzioni
- collaborazione negli Atti relativi a gare sotto e sopra soglia materiali tecnici, impianti
- supporto in vendita, acquisto, concessioni immobili aziendali
- dismissione d'uso beni mobili di competenza
- attribuzione matricole cespiti di competenza
- inventariazione cespiti
- supporto nella gestione contratti attivi e passivi di locazione immobili
- supporto Atti (domande, attestazioni) relativi a lavori e adeguamenti in capo alla proprietà (es. Comune, VVF, AUSL).

Al personale dell'Ufficio Tecnico possono essere affiancate, per specifiche esigenze, figure professionali acquisite mediante incarichi professionali e/o sottoscrizione di servizi esterni di ingegneria

d. DIREZIONE SANITARIA

Il ruolo di Direttore Sanitario è affidato al Dott.ssa Maria Teresa Montella.

L'attività corrisponde a quanto descritto nel "Manuale dell'assetto organizzativo" adottato dall'Istituto.

Afferiscono alla Direzione Sanitaria le Direzioni Tecniche dell'Istituto: la SC Direzione di Presidio (affidata ad interim al Direttore Sanitario), la SC Direzione Infermieristica e Tecnica (Direttore Dr.ssa Sandra Montalti), e la Direzione della SC Farmacia (Direttore Dr.ssa Carla Masini).

I professionisti dell'area Direzione Sanitaria si occupano, in collaborazione con le Direzioni Generale e Scientifica, di garantire che le attività sanitarie siano svolte all'interno dell'IRST in conformità con la strategia aziendale secondo le normative vigenti applicando i principi di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità ed etica.

Il Direttore Sanitario gestisce, con le Direzioni Generale e Scientifica, i rapporti istituzionali con AUSL, Regione, Ministero e Enti in genere, garantendo, attraverso apposito Ufficio Flussi Informativi afferente alla SC Data Unit (nel quale sono impiegate le seguenti figure professionali: Assistente Sanitaria, Infermiera, Ingegnere Informatico) anche l'invio dei dati nei flussi istituzionali correnti. Nell'ambito della ricerca scientifica, oltre a promuovere attività di ricerca organizzativa e gestionale che coinvolgono lo staff che afferisce alla Data Unit, l'U.O. di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche, il Servizio di Programmazione e Controllo di gestione, stipula convenzioni per sperimentazioni cliniche autorizzate, insieme al Dir. Scientifico, e ne rilascia l'autorizzazione per l'avvio. È Referente della protezione per i trattamenti dei dati, svolti nella sua Struttura Complessa e censiti nel registro dei trattamenti aziendale. I Medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva in staff alla Direzione, oltre a coadiuvare il Direttore Sanitario in tutte le attività, pianificano e supportano le azioni necessarie alla gestione del rischio per garantire la maggior sicurezza possibile a pazienti, operatori e utenti in genere (ivi inclusa la sorveglianza sanitaria degli operatori e l'igiene ospedaliera). In aggiunta vigilano sulla correttezza dei percorsi sanitari dei pazienti, inclusi i tempi di attesa, apportando correttivi adeguati qualora vi siano criticità, assicurano la corretta detenzione e movimentazione dei farmaci stupefacenti e partecipano alla definizione degli obiettivi di Budget.

Dalla nascita dell'Istituto a oggi la Direzione Sanitaria si è dotata, oltre che di professionisti tradizionalmente impiegati in tale area (Medici specializzati in Igiene e Sanità pubblica, assistenti sanitari, infermieri), di un Ingegnere Gestionale, che si occupa degli aspetti logistici e di efficienza delle attività svolte, e di un Ingegnere Informatico esperto di banche dati e flussi correnti per la conduzione di progetti scientifici in ambito organizzativo-gestionale.

Non sono riferibili attività di supporto esterna (consulenze professionali) a supporto dell'area.

Per il monitoraggio di quanto descritto sopra ci si è dotati di appositi software per l'invio dei flussi istituzionali e di cruscotti da essi derivati che, con l'aggiunta dei dati estrapolati dalla cartella clinica informatizzata, permettono la verifica dell'andamento dei percorsi, del raggiungimento degli obiettivi assegnati ecc.

Un applicativo aziendale permette di tracciare la validazione delle fatture degli ordini degli ambiti di competenza

Attività da approfondire e regolamentare sono la predisposizione dei turni del personale medico e la partecipazione ad eventi esterni.

Dal 02.01.2017 è stata nominata una responsabilità amministrativa a supporto della Direzione Sanitaria, fino a questa data non presente, con mansioni di supporto ai percorsi amministrativo – sanitari adottati e gestione degli interventi correttivi e di miglioramento.

e. SC FARMACIA

La Direzione della Struttura Complessa Farmacia è affidata alla dr.ssa Carla Masini.

Nella struttura operano farmacisti ospedalieri.

La UO Farmacia eroga i farmaci, radiofarmaci e materiali sanitari alle UUOO/servizi dell'IRST IRCCS, anche a scopo sperimentale, ed i servizi collegati al loro impiego sicuro ed efficiente, trasformando i prodotti e i servizi aspecifici che riceve dal mercato o da altre farmacie in prodotti e servizi specifici orientati agli effettivi bisogni del paziente onco-ematologico e dell'organizzazione che lo ha in cura, coniugando tale produzione con gli obiettivi dell'Istituto e del Sistema Qualità.

La SC Farmacia:

- è responsabile del budget economico trasversale correlato ai beni gestiti
- effettua l'approvvigionamento diretto di farmaci, radiofarmaci e dispositivi medici per le attività di galenica oncologica e di farmaci stupefacenti per le UUO/servizi dell'Istituto;
- effettua attività di allestimento e controllo di qualità di radiofarmaci estemporanei anche all'interno di sperimentazione clinica;
- coordina e monitora le attività di approvvigionamento delle UUOO/servizi dell'Istituto, che si avvalgono di fornitori esterni;
- esercita funzioni di farmacovigilanza assegnate ad un farmacista della equipe;
- esercita funzioni di dispositivivigilanza e vigilanza sui gas medicinali assegnate ad un farmacista della equipe;
- esercita funzioni di vigilanza sul materiale sanitario impiegato nelle UUOO/servizi dell'Istituto;
- collabora all'attività di ricerca ed all'attività editoriale dell'Istituto attraverso lo sviluppo e la partecipazione a specifiche progettualità attinenti;
- implementa e gestisce le attività ed i progetti correlati alle reti farmaceutiche in AUSL e RER;
- partecipa alle attività di commissioni di AUSL e RER;
- effettua attività di formazione ed informazione;
- monitora la corretta gestione dei registri OncoAIFA ed il recupero dei rimborsi correlati.

La UO Farmacia è organizzata in tre settori operativi principali: la SS Laboratorio di Farmacia Oncologica (LFO), la SS Laboratorio di Radiofarmacia e la Farmacia Clinica.

La Farmacia Clinica svolge le attività orientate all'oncologia diverse da quelle di galenica clinica quali:

- governo dell'appropriatezza e gestione dei prontuari;
- supporto alla gestione dei flussi informativi, monitoraggio dei consumi e relativa reportistica;

- partecipazione attiva ai Gruppi di Patologia e alle attività correlate di programmazione e monitoraggio;
- partecipazione alle commissioni e gruppi di lavoro di Area Vasta e Regionali;
- progettazione e sviluppo di attività di formazione e informazione;
- sviluppo di progetti correlati alle attività svolte;
- azioni a supporto della continuità assistenziale;
- erogazione farmaci orali tramite il “farmacista counselor”.

In analogia all’organizzazione dell’Istituto per cui nell’ambito dell’attività clinica esiste una suddivisione delle competenze dei medici per gruppi di patologia, anche all’interno della UO Farmacia Oncologica è stata impostata la suddivisione dei farmacisti per gruppi di patologia, definite nell’organigramma.

Afferisce alla SC Farmacia la SS Laboratorio di Farmacia Oncologica, affidata alla responsabilità della Dr.ssa Caterina Donati. Afferiscono al Laboratorio Tecnici di Laboratorio Biomedico.

Nel Laboratorio di Farmacia Oncologica (LFO) vengono svolte tutte le attività relative all’allestimento delle terapie antitumorali e delle terapie di supporto, anche a scopo sperimentale; esso dispone di locali e attrezzature dedicate e rispondenti alle normative di riferimento vigenti in materia di

- protezione ambientale e individuale.
- attività di manipolazione dei farmaci antiblastici (attività considerate a potenziale rischio cancerogeno)
- attività di galenica sterile
- attività di galenica tradizionale

Il LFO è altamente informatizzato e tutte le attività sono gestite attraverso uno specifico software (Cartella Clinica IRST – CCE IRST – mantenuta dalla società LOG80 s.r.l.), in rete con tutto l’Istituto, per la gestione del processo terapeutico con farmaci oncologici.

Il LFO dispone di due sistemi robotizzati (APOTECA Chemo) per l’allestimento automatizzato, di un sistema integrato (Apoteca PS) per l’allestimento manuale assistito, di due zone controllate per l’allestimento manuale di farmaci oncologici ed ancillari (LAB ONC e LAB ANC) e di un Laboratorio di galenica tradizionale non sterile (LAB GAL).

A partire dal 2015 le attività di Radiofarmacia, ovvero le attività di preparazione, controllo di qualità e altre attività connesse con la manipolazione dei prodotti radio farmaceutici, avvengono sotto la gestione organizzativa del Direttore dell’U.O. Farmacia. È istituita una Struttura Semplice di Radiofarmacia, il cui Responsabile è la dr.ssa Valentina Di Iorio; afferiscono alla Radiofarmacia 4 Tecnici di Laboratorio Biomedico. Il Medico Nucleare è il responsabile del rilascio del prodotto.

Alla Radiofarmacia afferiscono due Laboratori di Radiofarmacia: quello della SS Medicina Nucleare Terapia e quello di SS Medicina Nucleare Diagnostica, all’interno dei quali vengono svolte le attività di Radiofarmacia nel rispetto delle Norme di Buona Preparazione dei Radiofarmaci in Medicina Nucleare (NBP).

f. PROGRAMMA PER L’INNOVAZIONE E LA RICERCA

Il Programma per l’Innovazione e la ricerca è affidato alla responsabilità della dr.ssa Oriana Nanni e assolve le funzioni della tecnostuttura della ricerca clinica per IRST e AUSL della Romagna (rif. Delibera n. 314 del 16/09/2021 dell’AUSL della Romagna).

Tale programma ha le finalità identificate nel progetto “Comprehensive Cancer Care (and Research) Network della Romagna – CCCN” (approvato dalla CTSS il 18 dicembre 2020 e che nasce con lo

scopo di migliorare la qualità, l'equità e la continuità delle cure per la popolazione residente) di assicurare economicità, efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa nel perseguimento dei principi di qualità, sviluppo delle professionalità e trasparenza.

A tale scopo annualmente i due Enti definiscono congiuntamente la programmazione specifica delle attività e la loro valutazione, nell'ambito delle competenze proprie del Comitato Ponte (rif. "Assetto Organizzativo del CCCN Ausl Romagna / IRST" approvato dalla CTSS del 19/12/2022).

g. UNITA' OPERATIVA BIOSTATISTICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE

L'Unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche (UBSC) è una struttura complessa, dotata di un direttore, la Dr.ssa Oriana Nanni, e di personale dipendente con qualifica di dirigente di tecnostuttura.

Fanno parte dell'UBSC Biostatistici, Bioinformatici e Study Coordinator (Data Manager) che forniscono il supporto statistico - metodologico - tecnico alla ricerca dell'IRST IRCCS, dalla progettazione alla conduzione ed elaborazione dati degli studi nelle diverse aree (biologica, clinica, farmacologica, traslazionale, di esito, di farmaco economia, etc...).

La sede dell'unità è presso l'IRST di Meldola, ma per permettere a tutti i nodi della rete oncologica romagnola la partecipazione alle attività di ricerca, in particolare a quella clinica, il personale dipendente dell'UBSC presta la propria attività presso ogni singola unità oncologica di AVR. Inoltre, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del Comprehensive Cancer Care and Research Network del 21 dicembre 2021, e dell'istituzione del Programma Unico della Ricerca e Innovazione, personale dell'UBSC presta la propria attività a supporto della ricerca clinica anche in altre discipline.

Il personale dell'UBSC collabora con i clinici e i biologi alla stesura e conduzione dei protocolli preclinici e clinici (locali, nazionali ed internazionali) e all'analisi dei dati derivanti da tali sperimentazioni.

Tutte le attività relative alle sperimentazioni cliniche dei medicinali sono eseguite nel rispetto della normativa vigente, del codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento Ue 2016/679, noto come GDPR - General Data Protection Regulation) e delle Regole di Buona Pratica Clinica - Good Clinical Practice (GCP) secondo il Decreto Legge del 15 luglio 1997 che recepisce le linee guida CPMP/ICH/I35/95 e successivo aggiornamento ICH/E6(R2), secondo il recente DL 31 gennaio 2018 e successivi Decreti attuativi e stabilisce le norme tecniche e procedurali per lo svolgimento degli studi clinici in Italia.

Per gli studi di Fase 1, l'IRST si è dotato di Unità di Fase 1 rispondente ai requisiti della Determina 809 AIFA del 19 giugno 2015, opera secondo procedure specifiche che disciplinano l'analisi multiprofessionale del rischio, la corretta esecuzione dello studio ed è soggetta ad audit di sistema e su sperimentazioni almeno una volta l'anno da consulente esterno.

Dal mese di aprile 2022 opera presso l'IRST la Clinical Research Organisation, Organizzazione di ricerca a contratto (CRO) IRST. La CRO supporta il promotore, a seguito di accordo, nelle attività proprie del promotore, come previsto dalle Norme di Buona Pratica Clinica (GCP), ferme restando le responsabilità del promotore della sperimentazione medesima. Alla CRO possono essere affidate una parte o tutte le proprie competenze in tema di sperimentazione clinica (stesura del protocollo, selezione dei centri e degli sperimentatori, selezione e utilizzazione del monitor, elaborazione dei report, analisi statistica, preparazione della documentazione da sottoporre all'autorità regolatori ecc.).

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 52-2019, per ottemperare quanto previsto dall'art.2, l'Istituto dal 2020 rende pubblico nel sito internet nella sezione "Società Trasparente" le seguenti informazioni relative alle sperimentazioni cliniche:

- Titolo della sperimentazione clinica
- Sede patologia
- Codice Eudract
- Promotore
- Codice del protocollo
- Data Autorizzazione aziendale
- Nome e Cognome Principal Investigator (PI)
- CV PI (Link)

L'attività di study coordinator, bioinformatici e statistici è descritta nelle seguenti fasi:

1. Fase di progettazione e valutazione di nuovi studi, siano essi proposti da ricercatori IRST (studi no profit) che studi proposti da enti esterni (profit o no-profit)

Per questi ultimi in particolare i progetti di ricerca nazionali ed internazionali proposti da enti esterni vengono valutati dallo study coordinator per:

- verificare gli aspetti gestionali ed organizzativi relativi alla fattibilità dello studio;
- verificare la potenzialità numerica del centro, l'eventuale competizione con altri studi, l'adeguatezza del personale e delle attrezzature necessarie per la conduzione;
- verificare la completezza e la chiarezza del protocollo.

2. Fase di attivazione di nuovi studi profit e no-profit

3. Fase di conduzione dello studio

4. Fase di chiusura dello studio e diffusione dei risultati

Inoltre l'attività prevede:

Definizione procedure condivise

Per standardizzare le attività del personale dell'UBSC che opera nella sede di Meldola e nei diversi nodi della rete, l'UBSC procede alla stesura di procedure condivise e comuni a tutte le UUOO.

Inoltre si prevede un monitoraggio costante dell'applicazione di tali procedure per il raggiungimento e il mantenimento di una omogenea qualità.

Monitoraggio degli andamenti delle sperimentazioni cliniche (sede di Meldola)

Condiviso con il Direttore Scientifico si programma a inizio anno un calendario di incontri mensili che coinvolgono anche i responsabili delle Strutture di oncologia medica per un monitoraggio scrupoloso dei reclutamenti negli studi, le criticità e le opportunità di nuove progettualità. Tali incontri sono coordinati dall'UBSC.

Monitoraggio studi Fase I

Per gli studi di Fase I, in base alle procedure e alla organizzazione data, lo study coordinator incaricato con cadenza mensile invia alla Direzione Strategica dell'IRST e al personale in Organigramma dell'Unità della Fase I, lo stato d'avanzamento degli studi attivi, il reclutamento dei pazienti e l'avvio di nuovi studi. Data la peculiarità di tali studi, il costante e attivo monitoraggio delle attività viene garantito con incontri ad hoc che coinvolgono, a seconda delle esigenze, il direttore e gli stretti collaboratori dell'Unità di Fase I o tutto il personale medico ed infermieristico dell'IRST.

Partecipazione a Gruppi multidisciplinari di patologia (sede di Meldola)

Gli study coordinator partecipano attivamente agli incontri multidisciplinari per gruppi di patologia che vengono svolti settimanalmente per l'aggiornamento di tutti gli studi in corso, la presentazione

dei nuovi progetti e la discussione di problematiche insorte durante la conduzione degli studi.

Riunioni personale UBSC

Con cadenza mensile il personale dell'UBSC si riunisce per discutere eventuali problematiche e per raggiungere e mantenere gli stessi standard qualitativi di attività.

Organizzazione di eventi formativi in materia di metodologia statistica.

L'Unità è Tecnostruttura IRST-AVR, per le seguenti attività:

- supporto tecnico e metodologico all'AUSL della Romagna non solo per iniziative di ricerca biomedica ma anche per attività di valutazione in tutte le discipline (supporto metodologico nell'ideazione e progettazione dei protocolli di studio, attività di data management nella conduzione dei progetti e controllo della qualità dei dati, supporto nella preparazione della documentazione necessaria per il parere del Comitato Etico, definizione delle procedure di sottomissione e conduzione dei progetti di ricerca, utilizzo di strumenti omogenei in AVR);
- supporto tecnico al Coordinamento AVR-R&I per sostenere i processi di adozione di alte tecnologie in area vasta attraverso l'uso dei metodi e degli strumenti di technology assessment (HTA);
- supporto tecnico ai gruppi di lavoro/progetto istituiti dal Coordinamento di AVR-R&I;
- coordinamento e gestione tecnica degli strumenti di knowledge management in area vasta (diffusione di conoscenze, formazione professionale);
- promozione e attivazione di iniziative di formazione inter-aziendali sui principi e metodi della ricerca in collaborazione con gli uffici R&I delle aziende;
- promozione di iniziative, anche a carattere formativo/sensibilizzazione/confronto tra i professionisti delle aziende di area vasta nel rispetto dei principi di integrità della ricerca, trasparenza e proprietà intellettuale, in collaborazione con il Comitato Etico.

h. SSD UFFICIO RICERCA, TRASFERIMENTO TECNOLOGICO E FORMAZIONE

È una Struttura Semplice Dipartimentale diretta dalla Dr.ssa Annalisa Volpi che si avvale di collaboratori dirigenti Area Tecnostruttura a supporto della ricerca e di operatori amministrativi.

Si tratta di un Ufficio estremamente articolato in cui sono raccolte competenze e attività assai diverse che comprendono il grant office, cooperazione internazionale e politiche europee, la formazione, la contrattualistica della ricerca, le attività di editing dei papers scientifici e di reperimento bibliografico, la valorizzazione della ricerca con il trasferimento tecnologico e l'internalizzazione, il project management e gestione economica della ricerca e tutta l'organizzazione ed il reporting delle attività di ricerca; ogni singolo aspetto richiede competenze molto specifiche e consente limitati avvicendamenti sulle diverse attività da parte delle diverse figure dell'Ufficio.

Il responsabile utilizza e orienta le competenze professionali affidate per minimizzare il rischio che qualcosa sfugga al controllo in termini di adempimenti e scadenze. Particolare attenzione è richiesta nell'ultimo quadrimestre dell'anno, quando l'attività ordinaria è affiancata dalle molteplici riunioni di monitoraggio della ricerca (circa una ventina), di prenegoziazione e di negoziazione budget a cui la responsabile dell'Ufficio è tenuta a partecipare in quanto ordinatore trasversale per la ricerca e la formazione. Per tale motivo alcune responsabilità sono delegate ai collaboratori.

Nel corso degli anni l'Ufficio, con la preziosa collaborazione del Servizio Informatico, ha richiesto e collaborato alla messa a punto di applicativi informatici indispensabili alla operatività:

- Piattaforma formazione, collegata al gestionale risorse umane
- Produzione Scientifica con collegato sistema di reporting periodico
- Gestionale Ricerca (GERI) collegato alla Cartella Clinica Elettronica IRST (manutenzione affidata alla società LOG80 s.r.l.), per la gestione dei trials clinici
- GRANT (gestione del grant da sperimentazione clinica), collegato al gestionale contabile

Missione ed aree di responsabilità specifiche

Negozia il budget con la Direzione Strategica e assegna gli obiettivi ai propri collaboratori. Definisce l'organizzazione della Struttura coerentemente agli obiettivi assegnati. Garantisce il corretto funzionamento dell'attività dell'Ufficio. Garantisce l'attivazione e il mantenimento delle risultanze del percorso di accreditamento istituzionale dell'Ufficio, nonché degli altri percorsi di accreditamento e certificazione anche orientati all'eccellenza. Governa costi e ricavi di cui l'Ufficio è "ordinatore". Garantisce la funzione di dirigente ai sensi del DL 81/2008 e ss.mm.ii. È responsabile del trattamento dei dati di dipendenti e curriculum vitae ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

L'Area Ricerca garantisce la gestione della ricerca e dei debiti informativi verso il Ministero della Salute, attraverso il Workflow della Ricerca Ministeriale per Ricerca Corrente e Finalizzata. Cura la documentazione ed il percorso per il rinnovo periodico del riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto. Assicura attività di scouting e networking con individuazione di opportunità e rapporti di ricerca ed adesione a piattaforme di ricerca Nazionali, Europee ed Internazionali e opportunità di finanziamento per facilitare i Ricercatori alla scrittura dei Grant (es. Bandi competitivi: regionali, nazionali, europei ed internazionali). Monitora le politiche europee e gli ambiti di cooperazione internazionale anche in presenza presso l'ufficio in sede di Bruxelles. Cura i rapporti e la documentazione finalizzate alle partnership scientifiche ed industriali e la contrattualistica di attività di ricerca commissionate. Cura la gestione ed aggiornamento database pubblicazioni IRST: calcolo Impact Factor (IF) normalizzato, calcolo punti IRST, statistiche per singole U.O. Garantisce l'accesso al controllo linguistico ed editing dei papers in lingua inglese. Fornisce supporto alla gestione ed alla rendicontazione scientifica/contabile delle progettualità di ricerca. Assicura attività di Project management: valutazione fattibilità e definizione delle richieste economiche. Programma ed organizza il monitoraggio della gestione economica ed amministrativa dei progetti di ricerca in collaborazione con PI. Garantisce il monitoraggio dei ricavi provenienti dalle sperimentazioni cliniche e dai progetti di ricerca diversamente finanziati. Cura le richieste di aggiornamento scientifico attraverso le piattaforme Bibliosan (rete delle biblioteche degli enti di ricerca biomedici italiani) e NILDE.

Promuove l'Istituto a livello nazionale e internazionale con azioni di valorizzazione della ricerca: svolge attività legate ad ambiti di brevettazione e connessi per la valorizzazione dell'invenzione gestione dei rapporti con uffici esterni per il deposito di domande di brevetto; assistenza nella ricerca di partner per lo sfruttamento commerciale dei brevetti. Fornisce supporto alla valutazione del potenziale di mercato delle iniziative, alle attività per la creazione di nuove imprese ad elevato contenuto tecnologico (spin-off) Promuove attività di informazione alle imprese attraverso l'identificazione di tematiche di ricerca applicata/partners industriali con supporto al project management e project financing.

L'Ufficio Formazione - Assicura la gestione dei rapporti con gli Atenei italiani mediante stipula di convenzioni con Università, Scuole di Specializzazione, Direzioni Masters e dottorati valutazione e accettazione richieste tirocinio e rapporti con U.O. ospitante e Servizio Personale. Garantisce la pianificazione, organizzazione, erogazione, rendicontazione attività formative residenziali e la

gestione database ECM dipendenti. Assicura il monitoraggio della formazione esterna. Assicura l'ottenimento e mantenimento dell'accreditamento istituzionale per la funzione di governo della formazione. Cura le relazioni e la documentazione relativa a stage di ricercatori presso centri di ricerca esteri.

i. URP & COMUNICAZIONE

La responsabilità è affidata a Ravaioli Valentina.

L'area è in staff alla Direzione.

Come indicato anche nel Manuale dell'assetto organizzativo, il servizio è il "cuore" comunicativo dell'Istituto attraverso cui passano informazioni, notizie, segnalazioni. È nato nel 2009 con l'obiettivo di gestire i rapporti con gli utenti e di ideare nuovi progetti per favorire l'umanizzazione delle cure. Il primo anno di attivazione, il servizio aveva un unico operatore, successivamente la dotazione organica è stata incrementata coerentemente con l'incremento delle aree di responsabilità affidate all'interno di 3 grandi ambiti:

- Relazioni con il pubblico: l'URP svolge attività di front-office fornendo informazioni circa le prestazioni, i servizi erogati e la modalità di fruizione degli stessi. Predisporre e realizza materiali informativi per gli utenti (web, opuscoli, pieghevoli, carta dei servizi, etc.) lavorando continuamente alla semplificazione del linguaggio, in modo da favorirne la comprensione (health literacy).
- Partecipazione dei cittadini, qualità percepita e umanizzazione delle cure: l'URP raccoglie ed elabora le segnalazioni degli utenti, rileva la qualità percepita e cura i rapporti con le associazioni di volontariato. Si occupa della ideazione, realizzazione e del coordinamento dei progetti di umanizzazione.
- Comunicazione e fundraising: l'ufficio stampa gestisce le relazioni dell'IRST con i vari stakeholder in particolare con gli organi di informazione locali e nazionali, svolge attività di comunicazione esterna e di social media management, organizza eventi divulgativi e campagne di raccolta fondi destinati all'Istituto e cura i rapporti con i donatori. Gestisce la comunicazione con il personale dell'Istituto, attraverso la condivisione delle attività dell'IRST in un rapporto di interscambio continuo. Avvalendosi della figura del dissemination manager, in organico dal 2022, si occupa di comunicare, promuovere e disseminare progetti europei e attività di ricerca svolti da IRST.

Il Servizio utilizza il software di statistica SPSS (Statistical Package for Social Science) per l'elaborazione dei questionari per la rilevazione della qualità percepita di pazienti e familiari.

D. SISTEMA DI MONITORAGGIO

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E LE FIGURE DI SUPPORTO: DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE E AZIONI INTRAPRESE

Nell'ottica di una proficua sinergia, i due Responsabili (RPC e RT) hanno instaurato una relazione istituzionale con il Direttore Generale, il quale ha assicurato una cooperazione strutturata, costante e consapevole al fine di adempiere al meglio agli obblighi previsti dalla normativa.

Il Direttore Generale ha affiancato ad essi una figura di consulente professionale, scelto con procedura selettiva, con comprovate competenze di tipo giuridico amministrative, al fine di completare la struttura di supporto e facilitare un'adeguata capacità di interpretazione delle norme e delle linee guida collegate, nonché per la realizzazione degli strumenti di prevenzione richiesti e attività operative. Altro supporto è recato dai Responsabili della pubblicazione.

A seguito della nomina del Responsabile della Trasparenza ai sensi del D.Lgs. 33/2013 in considerazione del fatto che l'organizzazione delle aree interessate alla presente materia è affidata a personale che già svolge differenti attività, si è proceduto con la responsabilizzazione diretta dei Direttori e Responsabili che producono i contenuti richiesti da Società Trasparente. Pertanto il compito dell'RT si esplica nell'organizzazione della sezione Società Trasparente, nelle comunicazioni ai direttori responsabili circa eventuali modifiche normative, nella tenuta dei rapporti con Organismo Aziendale di Valutazione circa le validazioni sulla trasparenza. In particolare tali attività si sono concentrate in una iniziale analisi di quanto richiesto dalla norma, compatibilmente con il particolare *status* giuridico dell'Istituto cui è seguito un importante lavoro di adeguamento alle linee guida impartite da ANAC a proposito dei numerosi mutamenti del piano richiesti.

L'azione svolta dal RPCT è in costante coordinamento con le attività dell'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01 al fine di assicurare la necessaria integrazione delle competenze in materia di valutazione dei rischi e dei sistemi di controllo interno. In particolare RPC partecipa alle attività di valutazione delle procedure e protocolli del MOG 231, come documentato nella relazione annuale dell'OdV periodicamente trasmessa al CDA a cui si fa riferimento.

Anche per il triennio 2023 – 2025 viene approntato un sistema di controlli interno (audit) a partire dall'applicazione del Modello 231. La necessaria predisposizione di un sistema di gestione del rischio all'interno della Società (predisposizione delle misure di prevenzione per i singoli processi e vigilanza sulla corretta applicazione di questi) è completata infatti con una valutazione del sistema di controllo interno previsto dal Modello 231 e con il suo adeguamento quando ciò si riveli necessario. Tale implementazione ha visto attivo il RPCT nella vigilanza e riscontro dell'applicazione delle misure di prevenzione, sia la funzionalità del flusso informativo tra questi e l'OdV.

Le decisioni prese in relazione alla prevenzione della corruzione sono condivise al tavolo delle direzioni (riunioni di staff a cui partecipano i direttori e responsabili delle funzioni amministrative) e supportate dalla Direzione Generale. In seguito alla pubblicazione della prima edizione del PTPC, sono state realizzate azioni trasversali a tutta l'organizzazione documentate nei piani precedenti, tra cui la formazione.

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti a RPC ed RT nei confronti del personale dell'ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è previsto che IRST, quali misure organizzative da adottarsi da parte degli organi di indirizzo, attivi anche quelle dirette ad assicurare che il RPC e il RT svolgano il loro delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2018. ANAC infatti invita tutte le amministrazioni e i soggetti di cui all'art. 2-bis, co. 2, del D.Lgs. 33/2013 a regolare adeguatamente la materia con atti organizzativi generali la funzione del RPC e del RT laddove non sia stata svolta tale regolamentazione nell'atto con il quale l'organo di indirizzo individua e nomina i due responsabili.

Al riguardo l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti in particolare del RPC, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. Nel Codice Etico Comportamentale dell'IRST è previsto il preciso obbligo di collaborazione da parte di tutti i dipendenti che imponga a questi un dovere di sostegno, appoggio e cooperazione con il RPC.

Per tale ragione anche questo PTPCT contiene indicazioni procedurali fondate sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPC.

Anche nelle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPC nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPC deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'ente e che alla responsabilità del RPC si affiancano quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Il Codice Etico Comportamentale di IRST prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Le figure di supporto al RPC e RT sono di seguito indicate.

a. RESPONSABILI DI FUNZIONE / DIRIGENTI

Sono garantiti flussi informativi verso il RPC da parte dei responsabili di funzioni, costituiti da:

- a) informazioni richieste dallo stesso nell'ambito dell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali di verifica e vigilanza;
- b) informazioni raccolte in merito dall'esame degli atti assunti dai Dirigenti;
- c) informazioni da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico in merito ai reclami presentati dagli utenti o dalle associazioni di tutela;
- d) segnalazioni fornite da parte dei Direttori di Dipartimento/SC e della Direzione Infermieristica di anomalie riscontrate nell'ambito della propria attività, anche in relazione al rispetto del codice etico comportamentale;
- e) provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati previsti nel Modello di Organizzazione Gestione e Controllo 231;
- f) richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario per i reati previsti nel Modello;
- g) notizie relative ai procedimenti disciplinari e alle eventuali sanzioni irrogate;
- h) audizione diretta dei dirigenti, del personale, nonché di ogni altra persona in possesso di informazioni ritenute utili alle attività di verifica;
- i) sopralluoghi – con o senza preavviso – di qualsiasi luogo ritenuto d'interesse per le attività di verifica.

Salvo ulteriori implementazioni sono previste le seguenti modalità di informazione tra Responsabili di Area/Struttura, la Direzione e il RPC:

- immediata, ove risultino accertati fatti di particolare significatività
- almeno annuale, relativamente all'attività svolta in relazione alle deleghe conferite, mediante segnalazione statistica e comunicazione dell'esito delle verifiche sulla stessa, nonché in occasione dell'aggiornamento del presente Piano e della relazione annuale dell'RPCT.

Inoltre, ciascun Responsabile o dipendente deve segnalare tempestivamente i comportamenti non in linea con i principi del Piano utilizzando la casella di posta elettronica prevenzione.corruzione@irst.emr.it.

b. RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE

In attuazione delle disposizioni recate dalla novella di cui al D. Lgs. 97/2016 e dunque dal PNA 2016, IRST ha individuato nelle persone dei dirigenti/responsabili di funzione i Responsabili della pubblicazione dei dati, secondo quanto indicato nell'allegato 3.

Essi provvedono direttamente agli adempimenti di trasparenza di cui al presente Piano, individuando ai sensi della relativa disciplina i documenti, le informazioni e i dati destinati ad essere pubblicati sul sito istituzionale della società nella sezione Società Trasparente.

I responsabili di funzione/dirigenti possono delegare tale funzione ad un addetto alla loro Struttura organizzativa che curerà gli adempimenti di cui sopra, cui si rende disponibile per chiarimenti l'RT. I referenti della pubblicazione sono resi noti attraverso la pubblicazione nella medesima sezione.

c. RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

La dott.ssa Stefania Venturi, che riveste l'incarico di provveditore, nominata RASA dal Direttore Generale, ha provveduto all'iscrizione all'Anagrafe della Stazione Appaltante ed al suo regolare aggiornamento annuale.

d. SOGGETTO GESTORE DELL'ANTIRICICLAGGIO

IRST ha provveduto alla nomina del soggetto gestore dell'antiriciclaggio preposto alla valutazione e trasmissione alla Unità di Informazione Finanziaria (UIF) istituita presso la Banca d'Italia, di dati e informazioni concernenti operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, ai sensi del Decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015, ed in ottemperanza del D.L.gs. n. 231/2007 e D.l.gs. n. 90 /2017 e ss. mm. e ii; l'incarico è affidato al Dott. Alessandro Scalorbi, dirigente amministrativo, Direttore dell'Area economico-gestionale aziendale dell'AUSL della Romagna, secondo convenzione stipulata tra le due Aziende il 17/12/2021.

E. COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Il Piano è un documento di natura programmatica e prevede:

- SOGGETTI: operatori coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità;
- AREE DI RISCHIO: secondo quanto previsto all'art. 1, comma 16, L. N. 190 del 2012 e nell'All.1 PNA 2019, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. N. 190 del 2012) e dei rischi specifici;
- MAPPATURA DEI PROCESSI: elenco dei processi a cura dei responsabili di funzione, con relativa descrizione, definizione di input e output, strutture coinvolte, attività e responsabilità;
- ANALISI DEL RISCHIO: per ciascun processo indicazione dei comportamenti a rischio e valutazione motivata del livello di rischio;
- MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO, OBBLIGATORIE ED ULTERIORI, GENERALI E SPECIFICHE: sono le misure previste obbligatoriamente dalla L. N. 190/12, dalle altre prescrizioni di legge, dai PNA, e quelle facoltative, con indicazione della tempistica di attuazione e della responsabilità;
- TEMPI E MODALITÀ DEL MONITORAGGIO: sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del PTPCT e gli interventi di implementazione;
- COORDINAMENTO CON IL PIANO DI ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI: gli adempimenti e le responsabilità inseriti nel PTPCT sono correlati agli obiettivi e alle aree di responsabilità dei dirigenti amministrativi.

La mappatura dei processi risulta integrata con i sistemi di gestione già presenti (controllo di gestione, sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management, Modello 231), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale, evitare duplicazioni e favorire sinergie.

F. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Per quanto riguarda l'analisi del *contesto esterno* ci si riferisce all'approfondimento condotto nell'ambito del Tavolo di coordinamento della Rete per l'integrità e la Trasparenza regionale. Dall'analisi dei dati forniti dall'Ufficio Studi di Unioncamere Emilia-Romagna, per quanto riguarda la descrizione aggiornata dello scenario economico-sociale del territorio regionale, e dall'Area Legalità della Presidenza della Giunta regionale, con riferimento a un contributo per la descrizione del profilo criminologico del medesimo territorio, emerge che lo scenario economico-sociale già fortemente condizionato, nel 2020 e 2021, dalle ricadute della pandemia Covid-19, è nel 2022 ulteriormente sottoposto a pressioni dovute all'evoluzione del conflitto in Ucraina, all'irrigidimento delle politiche monetarie e al rallentamento dell'attività in Cina. La guerra in Ucraina infatti ha effetti diretti e indiretti non solo in Europa, ma anche a livello globale con l'aumento dei prezzi e la riduzione della disponibilità di materie prime, in particolare energetiche e alimentari. Inoltre i lock down conseguenti alla gestione dei casi di Covid in Cina hanno bloccato alcune filiere produttive mondiali e ulteriormente rallentato l'attività, pesando sul commercio mondiale. I rischi di un'errata calibrazione delle politiche monetarie, fiscali e finanziarie sono decisamente aumentati a fronte di una maggiore fragilità dell'economia mondiale e dei mercati finanziari.

Tali effetti negativi si faranno sentire nel settore dei servizi.

La corruzione in Emilia-Romagna incide meno che in gran parte del resto della Penisola. Il valore dell'indice di questa fattispecie criminale per l'Emilia-Romagna è pari a 0,5 ogni 100 mila abitanti - un valore, questo, in linea con il resto delle regioni del Nord-Est - mentre quello dell'Italia è di 0,9 ogni 100 mila abitanti. Le province della regione dove il valore dell'indice risulta apprezzabilmente più elevato della media regionale sono Ferrara (0,9 ogni 100 mila abitanti) e Rimini (1,0 ogni 100 mila abitanti). Le province di Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara e Forlì-Cesena registrano una tendenza in crescita di questo fenomeno, tutte le altre una tendenza contraria, trainando in questo modo la tendenza regionale che infatti è in flessione.

La rilevanza del rischio di riciclaggio nel nostro Paese ha posto in evidenza come, tra i reati che producono proventi da riciclare, la corruzione costituisca una minaccia significativa (la corruzione può qualificarsi come un reato presupposto del riciclaggio). L'attività di antiriciclaggio costituisce un modo efficace per combattere la corruzione: ostacolando il reimpiego dei proventi dei reati, essa tende infatti a rendere anche la corruzione meno vantaggiosa.

Sia in Emilia-Romagna che nel resto delle regioni il numero di segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia col d.lgs. n. 231/2007 (cornice legislativa dell'antiriciclaggio in Italia) è sensibilmente aumentato nel tempo (in Emilia-Romagna mediamente del 22,5% annuo), un segnale, questo, che può essere interpretato come una crescita di attenzione verso tale fenomeno da parte dei soggetti qualificati a collaborare con l'UIF.

Rientra tra questi anche l'IRST IRCCS.

G. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

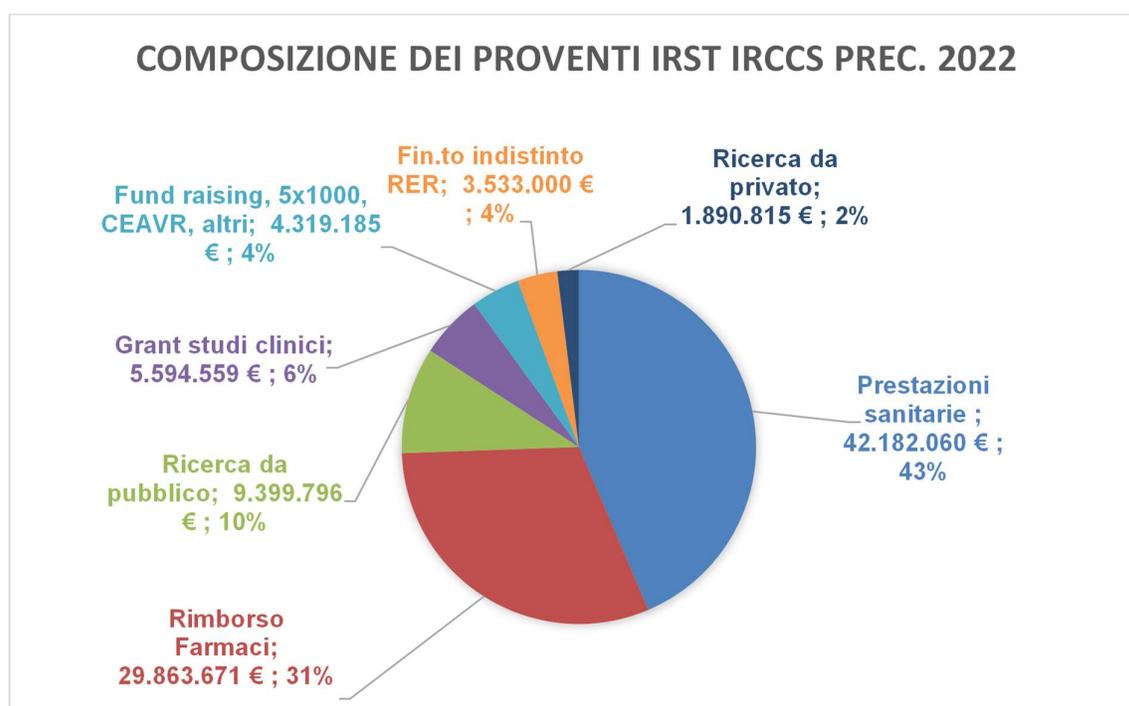
Con l'aggiornamento del PTPCT 2023 – 2025, la valutazione dei processi a potenziale rischio corruttivo condotta nei PTPCT precedenti viene estesa e introdotta la nuova mappatura dei processi, con relativa descrizione, input, output, strutture coinvolte, attività e responsabilità. Tale mappatura è dettagliata nell'allegato 2A "Mappatura dei processi e attività",.

PRINCIPALI RISCHI CORRUTTIVI GESTIONALI

In coerenza con quanto previsto dall'art. 1, co. 9, della legge n. 190/2012 e dall'art. 6, co. 2, del D.Lgs. n. 231 del 2001, la Società ha effettuato un'analisi del *contesto interno* e della realtà organizzativa già ai fini della predisposizione del PTPC 2017, aggiornata in questo piano.

MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DELL'IRST

Contesto - l'Istituto è in gran parte finanziato a prestazione ovvero in base all'attività realizzata (di Cura e Ricerca), come evidenziato nel grafico che riporta le macro categorie di proventi a preconsuntivo 2022. La quota di finanziamenti c.d. "a funzione", per IRST è pari a circa il 4% considerando il solo finanziamento indistinto RER alla rete oncologica, incrementato a 3,533 mln di euro nel 2021. Comprendendo anche i finanziamenti IRCCS alla tecnostuttura di Ricerca (1.250mila euro) e quelli per i Programmi Screening (200mila euro) e Biobanca (80mila euro), la quota sale al 5,6%.



La quota "a funzione" permane molto contenuta, in particolare se confrontata con quella riconosciuta agli IRCCS e Aziende Ospedaliere pubbliche regionali.

Questo fa sì che la sostenibilità economica dell'Istituto sia dipendente dai volumi prestazionali erogati, dalla sua capacità competitiva di acquisire finanziamenti per la ricerca, dai regimi tariffari regionali e nazionali in vigore, oltre che dalle negoziazioni annuali con la AUSL della Romagna sulla committenza (Accordo di Fornitura).

La gran parte dei ricavi da prestazioni sanitarie è svincolata dai volumi effettivi erogati in quanto sottoposta a "tetto di spesa" negoziato con il committente Azienda USL della Romagna in Accordo di Fornitura annuale.

Rischi – La relativa discrezionalità nella definizione, a preventivo e a consuntivo, del tetto di spesa ovvero della quota di prestazioni “non riconosciute” da Accordo di Fornitura può determinare rischi di eccessiva arbitrarietà.

Quanto all’attività extra Romagna, interamente riconosciuta, è noto come il finanziamento a prestazione può generare incentivi a comportamenti opportunistici, spesso riscontrabili in Sanità, quali l’erogazione di prestazioni in eccesso rispetto alle indicazioni di appropriatezza. D’altra parte, modifiche tariffarie possono generare pesanti contraccolpi economici a parità di attività ed efficienza, e questo può determinare rischi di tentativi di manipolazione delle decisioni regionali in tale materia.

Nell’ambito della Ricerca potrebbero determinarsi rischi di non correttezza, duplicazione o sovrastime nelle rendicontazioni economiche.

Contromisure - Per contrastare questi rischi l’Istituto ha perseguito negli anni diverse strategie:

- incentivazione del personale su obiettivi di appropriatezza e qualità più che su meri volumi prestazionali;
- negoziazione con la Regione per un accesso maggiore ai finanziamenti “a funzione”, che si è concretizzato con una integrazione di 1 milione di euro/anno aggiuntivi nel 2020 e di 1 ulteriore nel 2021;
- definizione insieme a Regione e AUSL di tariffe congrue rispetto ai costi di produzione per prestazioni innovative (Immunoterapia, Radiometabolica, c.d. “pannelli” diagnostica molecolare etc.)
- implementazione dal 2020 di un software per la registrazione delle ore dedicate ai vari progetti di ricerca (c.d. timesheet).

GOVERNO DELLA SPESA PER FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO E GRANT DA STUDI CLINICI

Contesto – l’Istituto gestisce direttamente circa il 35-40% della spesa per Farmaci oncologici dei cittadini della Romagna, per un costo totale di oltre 30 milioni di euro/anno, in gran parte rimborsato da parte delle AUSL di residenza e della Regione (per i farmaci innovativi). L’Istituto è dotato di cell factory e allestisce diverse tipologie di Radiofarmaci, oltre ad ospitare nella sua struttura la sede di una Azienda produttrice di Radiofarmaci (AAA). L’Istituto conduce molti studi clinici con farmaci forniti gratuitamente da Aziende che sponsorizzano gli stessi, con conseguente riduzione della spesa a carico del SSN.

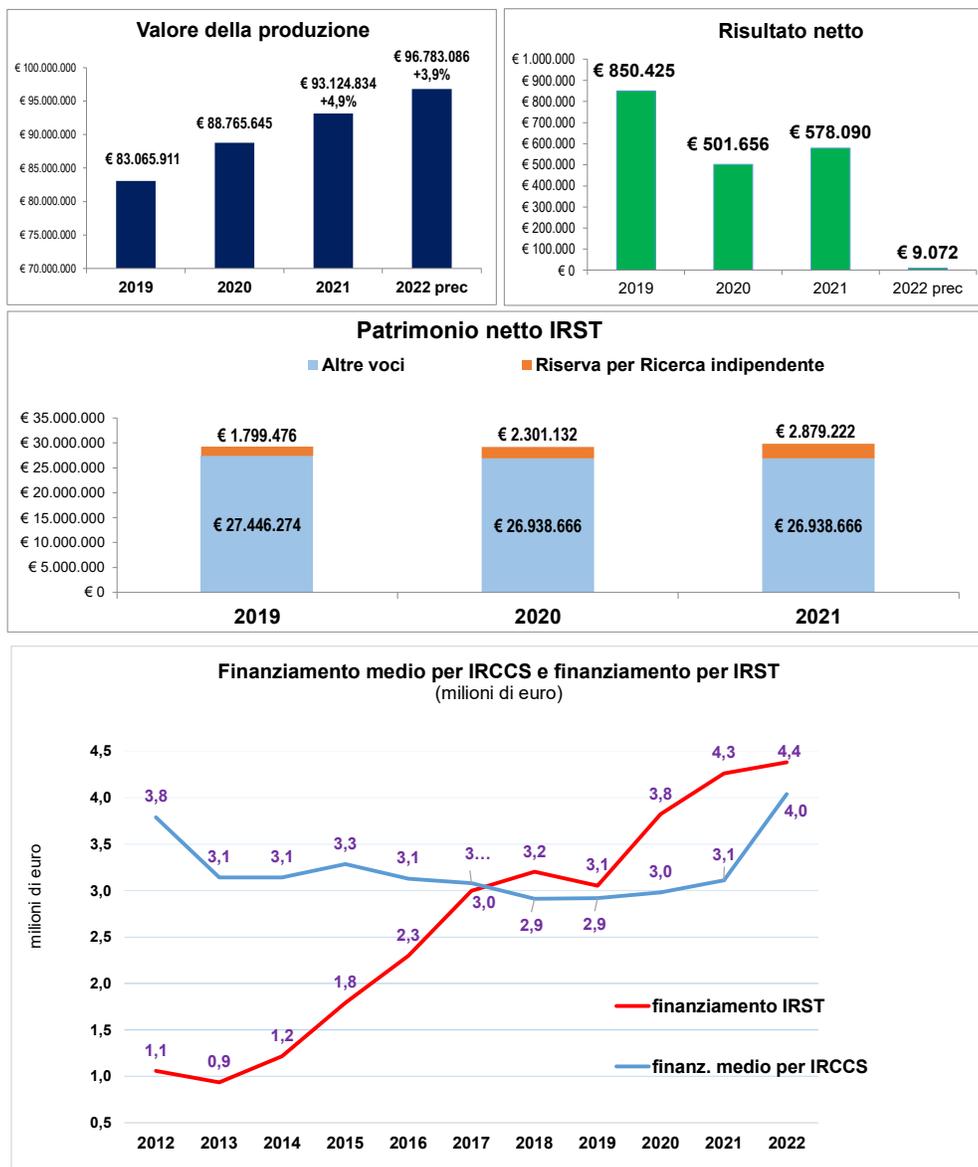
Rischi - I rischi collegati al governo di queste risorse sono evidenti, anche perché per l’Istituto la spesa farmaceutica è diventata a partire dal 2017 (con l’introduzione del Day Service Ambulatoriale e del relativo sistema di tariffazione e rimborso integrale del farmaco) sostanzialmente una partita di giro. Tra i rischi si possono annoverare forme di condizionamento da parte delle Aziende Farmaceutiche, sprechi o rischi nella sicurezza per utilizzi inappropriati, partecipazione a studi clinici non rispondenti a criteri etici e scientifici e non corretto svolgimento degli studi clinici sponsorizzati. Il rischio corruttivo potrebbe essere particolarmente elevato qualora una quota del profitto degli studi fosse distribuita tra i professionisti partecipanti agli studi medesimi.

Contromisure – Per quanto riguarda i ricavi “grant”, la policy IRST per la gestione dei grant prevede che i ricavi da sperimentazioni cliniche sponsorizzate non vengano distribuiti tra i professionisti partecipanti agli studi medesimi. Tale impostazione appare idonea ad escludere qualsiasi incentivo individuale a incrementare l’arruolamento in collusione di interessi con l’azienda farmaceutica.

Nell'Accordo di Fornitura stipulato con la AUSL della Romagna si definisce un tetto di spesa farmaceutica rimborsabile da parte della AUSL, parametrato sugli obiettivi RER, prevedendo tuttavia che in caso di sfioramento venga realizzata una analisi congiunta degli indici di appropriatezze ed economicità di utilizzo farmaci, a seguito della quale è possibile riconoscere integralmente la spesa sostenuta, cosa effettivamente accaduta a chiusura dell'esercizio 2020.

EVOLUZIONE DELL'ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO

Contesto - L'IRST nasce nel 2007 da una sperimentazione gestionale di partnership pubblico-privato che ha permesso agilità e dinamicità gestionale, pervenendo in tempi rapidi al riconoscimento IRCCS (2012) e a un importante sviluppo quali-quantitativo sia nella Cura, sia nella Ricerca. Di seguito si riportano l'andamento del valore della produzione, il risultato netto di esercizio e il trend del finanziamento del Ministero della Salute alla Ricerca corrente (ripartito su parametri competitivi di Cura, Produzione Scientifica, Capacità di fare rete, Trasferimento tecnologico) a partire dal 2012, che può essere interpretato come proxy della crescita di competitività dell'Istituto.



A seguito delle normative più recenti sulle società partecipate e del sempre maggiore peso assunto dalla parte pubblica nel controllo della società, si è reso necessario un progressivo adeguamento nel corpus regolamentare e procedurale IRST alla disciplina pubblica.

Rischi – Accanto ai vantaggi gestionali, assunti *ab initio*, l'organizzazione e la regolamentazione IRST è andata verso l'applicazione piena della disciplina pubblica, per la gestione del personale e del suo reclutamento e l'applicazione di procedure pubbliche per gli acquisti di beni e servizi.

Contromisure - La struttura amministrativa IRST, necessariamente snella in termini di dotazione organica, è fortemente impegnata in questo processo anche attraverso un rafforzamento degli uffici di supporto, allo scopo di far fronte agli adempimenti caratteristici del settore pubblico. Nel 2020 si è introdotta in Istituto la rilevazione dell'impegno-lavoro del personale sui Progetti di Ricerca (*timesheet*), sempre più richiesta nelle rendicontazioni e utile a contrastare molteplici rischi afferenti la rendicontazione economica in area Ricerca.

DIMENSIONI DELL'IRST E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO

Contesto - L'IRST, pur essendo un Istituto di piccole dimensioni, è obbligato a governare tutte le tematiche proprie di una azienda sanitaria pubblica, adempiere e applicare la complessa normativa, oltre che a quella tipica delle srl e delle società partecipate pubbliche. Nell'ordine, capacità di: i) cura e presa in carico della popolazione di riferimento, ii) attrarre finanziamenti, iii) condurre processi di selezione di fornitori di beni e servizi, selezione di figure professionali qualificate, iv) innovare e generare risultati in termini di produzione scientifica, v) recepire e introdurre nei propri processi organizzativi le novità legislative nelle aree sopra menzionate, vi) percorrere vie di alta qualifica professionale orientate all'eccellenza e al confronto con strutture analoghe a livello nazionale ed internazionale.

Rischi – l'esigua numerosità di addetti alla struttura giuridico amministrativa e di supporto, obbligata dalle piccole dimensioni dell'Istituto (diseconomie di scala), se da un lato favorisce la possibilità di confronto, dall'altro lato obbliga gli impiegati all'acquisizione, in genere nel breve periodo, di conoscenze e competenze in settori specifici o nuove aree di interesse. In particolare, nella dinamica descritta, le poche figure dirigenziali risultano “responsabili” e competenti in settori complessi, aggreganti funzioni e dinamiche di diversa natura, difficilmente intercambiabili nei ruoli. Talvolta risulta inevitabile l'affidamento di incarichi professionali di consulenza a figure “esperte” in grado di affiancare e supportare i cambiamenti, pena il non rispetto della normativa vigente o il rischio di *malpractice* amministrativa.

Negli ultimi anni inoltre anche a seguito della pandemia da Covid 19 si è fortemente incrementato il turn-over di personale qualificato, sanitario, di ricerca e tecnico-amministrativo, oltre a essere sempre più difficile il reclutamento di personale in alcune categorie ad alta specializzazione e per la ricerca e sviluppo.

Contromisure – l'Istituto, che fin dal 2012 è certificato ISO 9001:2008 e nel 2018 ha conseguito il certificato ISO 9001:2015, ha adottato il Modello Organizzativo Gestionale ai sensi del D.Lvo 231/2001, si avvale di strumenti di controllo, costituiti in primis dal Codice Etico Comportamentale e dalle procedure operative e organizzative, periodicamente aggiornate, che disciplinano le modalità e i comportamenti che devono essere adottati dagli operatori in numerosi processi, privilegiando l'aspetto della segregazione delle funzioni. In generale l'Istituto è orientato all'adozione di strumenti gestionali informatici di supporto, in grado di automatizzare e monitorare i processi. Inoltre, in alcuni ambiti, è privilegiato l'affidamento di incarichi contrattuali a professionisti competenti dipendenti all'AUSL della Romagna, socio IRST.

Da citare inoltre:

- la definizione delle procedure e della formazione dei neoassunti
- la regolamentazione dello smart working.

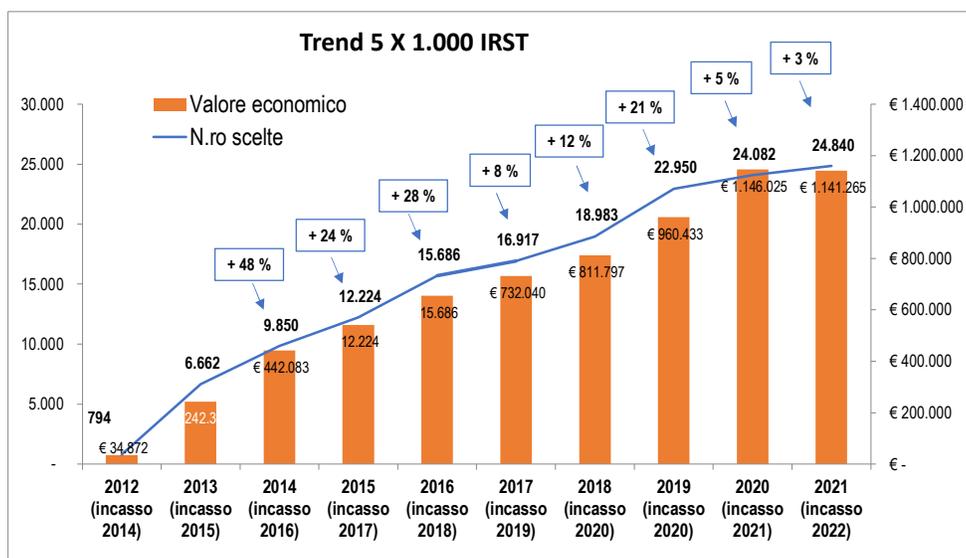
RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER

Contesto - L'IRST nasce nel 2007, come "costola" delle ex 4 AUSL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini, ora unificate nell' AUSL della Romagna, come partnership tra pubblico e privato (Istituto Oncologico Romagnolo, Comune di Meldola, AUSL della Romagna, Fondazioni Bancarie) e si insedia nell'ex ospedale civile di Meldola (FC).

La capacità di sviluppo e di confronto con il panorama medico e scientifico internazionale in pochi anni ha reso possibile la nascita di un centro di eccellenza nel mondo della cura oncologica e della ricerca scientifica, ambiente "formativo" e di confronto per professionisti locali, nazionali ed internazionali, con una forte capacità di attrarre finanziamenti da parte di enti locali e aziende del territorio; grazie a questi ultimi l'Istituto ha potuto investire in innovazione tecnologica, finalizzata allo sviluppo della capacità di cura e ricerca.

L'impatto sociale in termini di occupazione, - diretto e indotto - su Aziende del territorio è molto significativo e sentito, in particolare nel Comune di Meldola e nella provincia di Forlì-Cesena.

La "fiducia" del territorio e degli stakeholder dell'Istituto può essere confermata dall'ottimo andamento del 5X1000 dalle donazioni liberali, dalle valutazioni estremamente positive da parte dello stakeholder Ministero della Salute e dalle aziende farmaceutiche.



Rischi – molte realtà del territorio ambiscono a “sostenere” lo sviluppo della ricerca e delle scoperte scientifiche, sostenendo progetti. Il tema delle “donazioni”, “partecipazioni”, “comodati d’uso” richiede il rispetto di vincoli giuridici e tecnici, che devono essere applicati con modalità trasparenti.

Contromisure – l’Istituto si è dotato di una procedura per la gestione delle donazioni, ed adotta atti nel rispetto del principio di trasparenza e di applicazione della normativa pubblicistica.

RISCHI RELATIVI ALLA CRESCITA DEI BISOGNI E ALLA PRESSIONE DELLA “DOMANDA”

Contesto - L'IRST eroga prestazioni di qualità in ambito oncologico, raccogliendo utenza dalla Romagna, dall'Emilia e da fuori regione. Essendo un punto di riferimento per l'Oncologia, la cui prevalenza cresce nella popolazione al tasso medio del +3,5% annuo, incrementata nel periodo post pandemico (fonte AIRTUM), l'Istituto subisce una forte pressione della “domanda”, a fronte dei bisogni crescenti. In particolare la pressione si avverte nella degenza ordinaria, anche per le difficoltà di dimissione in strutture di lungodegenza (es. Hospice o Assistenza domiciliare), nella Radioterapia e nella diagnostica per immagini. Anche la crescente mole di studi e sperimentazioni cliniche incide sul bisogno, in quanto i protocolli di ricerca prevedono spesso l'effettuazione di prestazioni diagnostiche strumentali periodiche ulteriori, aggiuntivo spazio di diagnostica per immagini.

Rischi – Quanto descritto potrebbe determinare ovviamente tempi di attesa superiori a quelli di riferimento, il che in Oncologia può comportare effetti negativi sugli esiti, specialmente per alcune tipologie di prestazioni (chemioterapie, radioterapia, diagnostica etc.), oltre che disagi per un'utenza particolarmente fragile e spesso proveniente da territori distanti. Inoltre va considerato il rischio potenziale del non rispetto dei criteri di trasparenza nella formazione delle liste d'attesa, e quello di orientamento dell'utenza all'accesso alle prestazioni erogate in libera professione.

Contromisure – Per fronteggiare lo scenario sopradescritto l'Istituto ha perseguito costantemente: (i) l'ottimizzazione dell'offerta in termini di produttività, tassi di utilizzo delle tecnologie, ricorso a istituti quali le prestazioni aggiuntive in Similalpi, incremento degli orari di apertura e dei giorni prefestivi e festivi; (ii) l'ottimizzazione del planning e la gestione delle liste di attesa per priorità, definendo i tempi massimi per classi di priorità e utilizzando SW e sistemi gestionali evoluti (es Radioterapia 2.0 e Radiologia 2.0); (iii) il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, con specifici obiettivi e progetti quali ad esempio l'Ambulatorio multidisciplinare Radioterapia - Cure Palliative finalizzato all'appropriatezza di invio alla Radioterapia palliativa. Dal 2019 si è attivata l'implementazione dei PDTA, in collaborazione con la AUSL e per gruppi di patologia, e sono previsti e inseriti a budget obiettivi di monitoraggio degli indicatori chiave (KPI) di appropriatezza, timing ed efficacia/efficienza individuati.

IRST è impegnato nell'introduzione e sistematizzazione di strumenti informatizzati di gestione delle liste d'attesa, in aderenza alle disposizioni regionali, in tutti gli ambiti di diagnosi e cura. Ogni gruppo di patologia oncologica ha individuato criteri di priorità per l'accesso alle visite, in base allo stadio di malattia, ed è redatta una procedura di gestione delle liste d'attesa ambulatoriali. Sono individuati anche criteri per la formazione delle liste d'attesa per i ricoveri in degenza oncologica e in medicina radio metabolica, descritti in specifiche procedure.

La Libera professione è disciplinata da specifico regolamento ed è al momento prevista solo per le visite.

Dovendo perseguire comportamenti orientati ai principi di trasparenza ed omogeneità di cura, IRST è impegnato nella individuazione di criteri di presa in carico, che recepiscono gli orientamenti forniti dalle società scientifiche di riferimento.

RAPPORTI CON LA COMMITTENZA

Contesto – L'AUSL della Romagna è il maggiore committente e al contempo socio dell'IRST per cui tra i due enti si è implementato un rapporto di partnership, dove IRST è ente strumentale al raggiungimento della missione dell'Azienda. Si è costituito un Programma interaziendale, con un board di governo comprendente componenti IRST e AUSL, e tavoli tematici su argomenti specifici. Si sono sperimentate forme innovative di committenza popolazione, ad esempio nella Radioterapia.

Rischi – si possono citare quelli di tipo negoziale (ritardi nella chiusura dell'accordo di fornitura); la mancata remunerazione di importanti volumi prestazionali, con l'incentivo implicito a sospendere l'erogazione in autunno, raggiunto il volume massimo da accordo di fornitura; i pericoli di sovrapproduzione (citata sopra).

Contromisure – già in gran parte trattate sopra. IRST per espressa policy di Istituto non effettua discriminazioni di trattamento basate sul superamento di un budget concordato con la committenza, per ragioni etiche e di mission.

H. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Nell'Allegato 2B (cd. Registro dei rischi) sono indicati i potenziali eventi rischiosi sui processi mappati nell'Allegato 2A, per ciascuno di essi è riportato l'esito della valutazione complessiva del rischio effettuata con metodo qualitativo (basso, medio, alto) adeguatamente motivata.

I. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI

Di seguito vengono descritte le misure generali adottate dall'Istituto.

L'Allegato A al PTPCT riporta il monitoraggio svolto sulle misure generali previste e adottate nel 2022.

a. CODICE DI COMPORTAMENTO

L'Istituto ha adottato un Codice Etico Comportamentale, in ampliamento del previgente Codice Etico già in uso ai fini della prevenzione dei reati indicati nel D.Lgs 231/01, allineato ai contenuti del presente Piano. Esso recepisce le indicazioni del DPR n.62/2013, per quanto applicabili ad una società partecipata pubblica, nonché lo schema di Codice di comportamento delle Aziende del SSR emesso da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. È pubblicato nel sito internet nella sezione

<https://www.irst.emr.it/it/disposizioni-general/atti-general/codice-di-condotta-e-codice-etico#documenti>

b. ROTAZIONE DEL PERSONALE

Le disposizioni legislative contenute nella legge anticorruzione (Legge N. 190/2012) hanno previsto come, nei settori maggiormente a rischio, andasse regolata in via ordinaria la rotazione di dirigenti e funzionari (c.d. rotazione ordinaria). Tale misura era stata definita come misura ordinaria, con efficacia preventiva, da utilizzarsi nei confronti del personale che opera in contesti particolarmente esposti a rischio.

Sotto tale profilo va inoltre osservato che, anche in virtù degli orientamenti espressi dall'ANAC sul tema, la misura della rotazione ordinaria può non trovare applicazione per gli enti diversi dalle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 co. 2 del D.Lgs. 165/2001.

Le attuali disposizioni legislative e di ANAC prevedono inoltre che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (c.d. rotazione straordinaria). IRST laddove individuerà tale necessità, provvederà in tal senso. Trattasi di obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio, misura di carattere eventuale e cautelare tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo. La misura si applica a tutto personale, tuttavia, mentre per il personale non dirigenziale la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio, nel caso di

personale dirigenziale, ha modalità applicative differenti comportando la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, la riattribuzione di altro incarico. I reati che prevedono la citata rotazione obbligatoria, sono quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione", nonché quelli indicati nel d.lgs. 31.12.2012, n. 235 che, oltre ai citati reati, ricomprende un numero molto rilevante di gravi delitti, tra cui l'associazione mafiosa, quella finalizzata al traffico di stupefacenti o di armi, i reati associativi finalizzati al compimento di delitti anche tentati contro la fede pubblica, contro la libertà individuale.

c. INCONFERIBILITA' - INCOMPATIBILITA' - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Sul tema della inconferibilità e incompatibilità degli incarichi l'Istituto uniforma il proprio operato alle previsioni della delibera ANAC N. 1201 del 18 dicembre 2019 "Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001".

I criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi sono indicati nell'ambito del PTPCT

a. Per il conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors) e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D.Lgs. N. 39 del 2013, le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. **L'accertamento avviene a seguito di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. N. 445 del 2000 pubblicata sul sito dell'amministrazione o dell'ente pubblico o privato conferente (art. 20 D.Lgs. N. 39 del 2013).**

Se all'esito dell'accertamento risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'ente si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D.Lgs. N. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Il Consiglio d'Amministrazione ha adottato uno specifico "Regolamento circa l'inconferibilità, l'incompatibilità e il divieto di Pantouflage" (RE25), per prevenire il conferimento o lo svolgimento di incarichi/attività lavorative presso l'Istituto in violazione delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità, nonché della disciplina sul c.d. pantouflage e che si applica a tutto il personale operante in Istituto.

Sono indicate le modalità da seguire affinché:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

b. Per incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali va verificata la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs. N. 39 del 2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- a campione nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del

rapporto, il responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs. N. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Al riguardo il Servizio gestione Risorse Umane IRST impartisce direttive affinché:

- negli interpellanti per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto.

d. WHISTLEBLOWING

L'art. 54-*bis* del d. Lgs. 165/2001 (novellato dal D. Lgs. 30 novembre 2017, n. 179) prevede una protezione del dipendente pubblico che, nell'interesse della pubblica amministrazione, segnala violazioni o condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro, non potendo il medesimo subire ritorsioni dovute alla segnalazione effettuata (oltre che sanzioni, licenziamento, demansionamento, trasferimenti presso altri uffici) ovvero essere sottoposto ad eventuali altre misure aventi effetti negativi sulla sua condizione di lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato in data 9 dicembre 2022 lo schema di decreto legislativo per il recepimento della Direttiva UE 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione. La Direttiva, entrata in vigore il 16 dicembre 2019, ha l'obiettivo di assicurare e fornire ai segnalanti pari tutele in tutti gli Stati membri, armonizzate tra i vari settori, introducendo regole comuni che impongano l'adozione di canali di segnalazione resi certi, riservati e sicuri e che, al tempo stesso, garantiscano una protezione efficace e misure di tutela in presenza di possibili ritorsioni. L'IRST adotterà ogni necessario accorgimento per conformare il proprio sistema di whistleblowing una volta entrato in vigore il decreto legislativo di recepimento della direttiva (previa approvazione dei pareri delle competenti Commissioni parlamentari).

Le segnalazioni possono essere indirizzate sia al Responsabile interno della struttura aziendale preposto alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, sia all'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), oppure direttamente all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile a seconda della natura della segnalazione.

ANAC ha predisposto una piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni di *whistleblowing*, utile a garantire una riservatezza dell'identità del segnalante migliore di quanto non possa essere consentita tramite il trattamento cartaceo di essi.

La "legge anticorruzione" individua nel superiore gerarchico il soggetto interno all'amministrazione per ricevere le segnalazioni del *whistleblower*.

Come precisato nella Determinazione dell'A.N.AC. N. 6 del 28 aprile 2015, "*a livello amministrativo, il sistema di prevenzione della corruzione disciplinato nella legge 190/2012 fa perno sul RPC a cui è affidato il delicato e importante compito di proporre strumenti e misure per contrastare fenomeni corruttivi*".

Il RPC cura la ricezione (attraverso l'indirizzo prevenzione.corruzione@irst.emr.it e attraverso la piattaforma informatizzata disponibile sul sito internet), l'analisi della segnalazione e l'avvio del procedimento istruttorio, i cui esiti saranno trasmessi, per i rispettivi profili di competenza, informato il Direttore Generale (non essendo l'RPC dirigente).

Sul fronte delicato della tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*) IRST adotta i necessari accorgimenti tecnici affinché trovi applicazione il principio di cui all'art. 54 *bis* del D.Lgs.N. 165 del 2001, principio che è veicolato attraverso la Legge N. 190/2012 anche alle società controllate e che viene recepito nel Codice Etico Comportamentale di IRST.

Tale tutela avviene attraverso l'introduzione nel PTPCT di obblighi di riservatezza nella gestione delle relative procedure, nonché:

- il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione;
- la nullità del licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto segnalante, la nullità del mutamento di mansioni ai sensi dell'articolo 2103 del codice civile, nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei confronti del segnalante;
- il divieto di discriminazioni o ritorsioni a carico del segnalante e in caso di assunzione di atti datoriali di servizio che impingono sul rapporto di lavoro del dipendente questi debbono essere motivati poiché sull'Ente di appartenenza grava l'onere di provare e motivare che tali provvedimenti sono stati assunti per motivi estranei alla segnalazione
- l'obbligo, qualora venga provato che il dipendente sia stato licenziato per motivi legati ad una segnalazione, di reintegro nel posto di lavoro, il risarcimento del danno e il versamento dei contributi previdenziali eventualmente dovuti nel periodo intercorrente tra il licenziamento e la reintegrazione.

In conformità alle previsioni della Legge n. 179/2017 l'Istituto, avendo un proprio MOG di cui il presente PTPCT costituisce parte integrante, attraverso il flusso informativo tra OdV e RPCT assicura una piena ed effettiva applicazione del sistema di segnalazioni interne al fine di rendere concreto nonché facilmente utilizzabile il sistema come disciplinato dalla legge.

Anche ai fini 231 si è previsto l'utilizzo di un impianto regolamentare idoneo a disciplinare internamente un sistema di segnalazione delle violazioni, attraverso l'adozione di una piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni whistleblowing con accesso dalla sezione intranet e dal sito internet dell'Istituto, attraverso il link "Segnala un illecito".

Informazioni più dettagliate sono riportate nella parte generale del Modello di Organizzazione e gestione ex D.lgs. n. 231/01.

e. FORMAZIONE

IRST programma adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: per l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, al responsabile della trasparenza, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e ai dipendenti; essa in particolare riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

I fabbisogni formativi sono individuati dal responsabile della prevenzione in raccordo con i dirigenti e le iniziative formative vanno trasmesse da questi all'Ufficio Formazione per inserimento nel PAF aziendale.

Nella scelta delle modalità dei processi di formazione l'IRST tiene conto di quanto segue:

- la Legge N. 190 prevede l'obbligo di predisporre percorsi di formazione sull'etica e sulla legalità indirizzati ai dipendenti e di provvedere, con cadenza periodica, alla formazione specifica dei dipendenti che devono essere individuati dai dirigenti responsabili insieme al RPCT, fra coloro che operano nelle aree a rischio corruzione;
- per l'avvio al lavoro e in occasione dell'inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi debbono essere attuate forme di affiancamento, prevedendo per il personale esperto prossimo al collocamento in quiescenza periodi adeguati di "tutoraggio".

Per monitorare il livello di attuazione dei processi di formazione il responsabile dell'Ufficio Formazione, sulla base delle evidenze di avvenuta formazione ricevute, rendiconta ad ogni inizio

anno la formazione effettuata inerente il tema della prevenzione della corruzione e della *malagestio* all'RPC che la inserisce nell'aggiornamento del PTPCT e nella relazione annuale dell'RPCT.

f. TRASPARENZA

A seguito delle indicazioni regionali IRST ha ritenuto opportuno applicare un'interpretazione estesa del D.Lgs. 33/2013, riconoscendo obblighi informativi, tipici delle aziende sanitarie pubbliche, rispetto a quelli formalmente riconducibili ad un soggetto di diritto privato come è IRST srl, ad eccezione dei soli obblighi che non trovano applicazione. Nella sua attività di aggiornamento dei dati da pubblicare ha mantenuto quindi un approccio coerente con le indicazioni dei *players* RER, nonché con le Determinazioni ANAC, con l'idea che la trasparenza rappresenti uno strumento, seppur migliorabile, di partecipazione della collettività.

A seguito delle indicazioni introdotte dalla Determinazione ANAC N. 8 del 17 giugno 2015 "*Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*", e gli aggiornamenti della Determinazione ANAC N. 12 del 28 ottobre 2015, che rappresentano, da un punto di vista normativo, le novità più significativa del 2015, l'IRST ha provveduto ad aggiornare ed implementare i dati pubblicati sul sito istituzionale alla sezione dedicata "Società Trasparente" indicando le modalità e i tempi di pubblicazione, i responsabili dell'elaborazione e aggiornamento, al fine di garantire una puntuale responsabilizzazione del Piano Trasparenza su tutto l'Istituto.

Inoltre il CdA ha nominato l'Organismo Aziendale di Valutazione (OAV) al quale, in analogia con quanto avviene per le aziende pubbliche, è stato assegnato il compito di verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs 33/2013. Coerentemente con le indicazioni contenute nella Determinazione ANAC N. 12, punto 2.1, si è ritenuto opportuno che l'OAV procedesse, quale ulteriore misura di trasparenza rispetto a quelle previste dal D. Lgs. 33/2013, ad una verifica del sito aziendale "Società trasparente", applicando una metodologia analoga a quella utilizzata nelle Aziende Sanitarie, ai sensi della Delibera ANAC N. 43/2016.

Tale impostazione è stata poi recentemente confermata e resa sistemica dall'ANAC con la già citata alla Delibera 8 novembre 2017 n. 1134 che ha reso obbligatorio tale impostazione.

La modalità di gestione della trasparenza in IRST è descritta nel paragrafo 12. La generale ricognizione dell'ambito soggettivo degli obblighi di trasparenza operata dal D. Lgs 97/2016, benché occorra un approfondimento di legittimità di applicazione normativa mediante un chiaro intervento normativo, ha riconosciuto alle società in controllo pubblico (art. 2 – bis comma 2 b - D. Lgs. 33/2013) tutti gli obblighi di pubblicazione previsti per le 'pubbliche amministrazioni' formalizzando una prassi che IRST già da tempo applica.

Il nuovo **accesso civico**, previsto dall'art. 5, comma 2, del D. Lgs. 33/2013, riconosce oggi a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dall'Istituto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Coerentemente con quanto disposto all'art. 10, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 modificato dal D. Lgs. 97/2016, IRST predispone la tabella di riepilogo degli obblighi di pubblicazione dando evidenza, per ogni informazione da pubblicare, del riferimento normativo, dei termini entro i quali si prevede l'effettiva pubblicazione, dei nominativi dei responsabili di riferimento e quali sono le informazioni non obbligatorie che intende comunque pubblicare al fine di realizzare, quanto più possibile, un elevato standard di trasparenza. Tale tabella è allegata al presente Piano (allegato 3).

Tale intendimento appare inoltre in linea con quanto indicato nel PNA del 2016 che raccomanda, alla Sezione 7.1, di rafforzare la trasparenza, andando quindi oltre al rispetto degli specifici obblighi di

pubblicazione, e di riconoscerle un valore fondamentale quale misura di prevenzione della corruzione.

Il “Documento di attestazione” predisposto dall’Organismo Aziendale di Valutazione (OAV) IRST secondo l’Allegato 1 alla delibera ANAC n. 236/2017 è disponibile presso il seguente link:

<https://www.irst.emr.it/it/controlli-e-rilievi-sull-amministrazione/atti-dell-organo-che-svolge-le-funzioni-di-oiv/atti-dell-organo-di-controllo-che-svolge-le-funzioni-di-oiv#documenti>

g. DIVIETI POST - EMPLOYMENT – PANTOUFLAGE

Nei casi di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*) il Servizio gestione Risorse Umane IRST e l’Area provveditorato hanno impartito direttive interne affinché:

- al momento dell’assunzione del personale sia comunicato al dipendente il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro - nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l’apporto decisionale del dipendente; nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- sia disposta l’esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nel Codice di comportamento.

Il Consiglio d’Amministrazione ha adottato uno specifico “Regolamento circa l’inconferibilità, l’incompatibilità e il divieto di Pantouflage” (RE25).

h. COMMISSIONI E CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA

Per la formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione va verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all’atto della formazione delle commissioni per l’affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all’atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall’art. 3 del D.Lgs. N. 39 del 2013.

L’accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d’ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall’interessato nei termini e alle condizioni dell’art. 46 del D.P.R. N. 445 del 2000 (art. 20 D.Lgs. N. 39 del 2013).

Se all’esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l’amministrazione:

- si astiene dal conferire l’incarico o dall’effettuare l’assegnazione,
- applica le misure previste dall’art. 3 del D.Lgs. N. 39 del 2013,
- provvede a conferire l’incarico ad altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. N. 39/13, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Al riguardo il Servizio Gestione Risorse Umane ha impartito direttive:

- in merito ai controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- affinché negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- in merito ai propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

i. PATTI DI INTEGRITA'

Nel 2017 sono stati introdotti i patti di integrità, il cui rispetto integrale è previsto negli affidamenti di commesse in cui IRST risulta stazione appaltante, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della Legge N. 190/2012. A tal fine, IRST inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

L. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE SPECIFICHE

Nell'allegato 2C al PTPCT sono indicate le misure specifiche introdotte sui processi a maggior rischio corruzione.

M. SEZIONE TRASPARENZA

In merito agli adempimenti di trasparenza ed ai ruoli dei singoli soggetti coinvolti, si fa rinvio alla tabella che costituisce l'allegato 3 al presente PTPCT.

ALLEGATI

Allegato 1 – Monitoraggio misure generali 2022

Allegato 2 A - Mappatura dei processi e attività

Allegato 2 B - Registro degli eventi rischiosi

Allegato 2 C - Trattamento del rischio

Allegato 3 – Trasparenza 2023

Misura generale	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Monitoraggio 2022	Premialità budget 2022 (DATO INTERNO)
Codice di comportamento	Consegna Codice di comportamento all'atto dell'assunzione	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	SGRU	SGRU	% firma foglio ricevimento	100% dei neo assunti	a campione	Conforme	
Codice di comportamento	Raccolta delle dichiarazioni di osservanza ai principi del Modello 231 e Codice Etico Comportamentale ai componenti degli organi sociali e ai soggetti con funzioni di rappresentanza, in occasione del rinnovo degli organi	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	Segreteria del CDA	RPC	% modulistica	90%	a campione	Non modificato da ultimo monitoraggio	
Trasparenza	Verifica mediante attestazione dell'OAV della corretta pubblicazione in ST di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT	Controllo	In atto	Responsabili individuati nell'Allegato 3 del PTPCT	OAV	% assolvimento obblighi di pubblicazione predisposto da OAV a seguito di attestazione su indicazioni ANAC	>95%	Secondo indicazioni ANAC	Attestazione OAV del 26/05/2022	
Trasparenza	Verifica interna da parte del RT della corretta pubblicazione in ST di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT (completezza, aggiornamento e apertura di formato) con comunicazione a RPC	Controllo	In atto	Responsabili individuati nell'Allegato 3 del PTPCT	RT	Rispetto tempi e completezza della comunicazione	>95%	a campione 1 v/anno	Monitoraggio RT 31/01/2022 e 05/04/2022	X
Whistleblowing	Adozione e messa in uso della piattaforma informatica per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni secondo la L. 179/2017 (cd. whistleblowing), nonché adozione del Regolamento Whistleblowing (già revisionato nel 2020 integrando i riferimenti a Delibera ANAC N. 690 del 01/07/2020)	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	RPC	RPC	Audit segnalazioni da parte di RPC e OdV	Documentazione in relazione annuale OdV	almeno 1 audit/anno	Non sono pervenute segnalazioni nel 2022	

Allegato 1 – Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 -Monitoraggio misure generali 2022

Dichiarazioni di interesse	Avvio raccolta delle dichiarazioni sui conflitti di interesse di tutto personale (sospesa la raccolta delle dichiarazioni patrimoniali dei dirigenti, seguito della disposizione della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna - PG2019929510 del 20/12/2019)	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Formazione e avvio raccolta dichiarazioni attraverso compilazione sezione del Portale del dipendente	Resp. SGRU	Resp. SGRU	Proposta formazione e avvio raccolta	Acquisizione dichiarazioni	Verifica mese ottobre	Realizzato evento formativo, avviata raccolta. Il monitoraggio circa l'applicazione viene posticipato nel 2023	X
Rotazione	Rotazione straordinaria	Rotazione								
Formazione	Previsione formazione e avvio monitoraggio della formazione per collaboratori maggiormente esposti al rischio corruzione e malagestio	Formazione	In atto	Direttori e responsabili di area/struttura maggiormente esposti a rischio corruzione	Uff. Formazione	report annuale Uff. Formazione a RPCT su partecipazione eventi	Trasmissione report a RPCT	entro marzo	Documento condiviso - In acquisizione per 2022	X
Formazione	Messa a regime della proposta formativa su piattaforma digitale sul Codice Etico Comportamentale per tutti i neo assunti	Formazione	In atto	RPCT	Uff. Formazione	Report uff. formazione	trasmissione report a RPCT	entro marzo	Conforme	
Codice di comportamento	Verifica su corretta applicazione procedure/istruzioni/regolamenti	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	RPCT	OdV	relazione annuale RPC/ODV	Indicazione procedure/regolamenti valutati in relazione annuale OdV	entro marzo	Documentato in relazione RPC e ODV	X
Codice di comportamento	Applicazione RE25 - Regolamento "Direttiva per la gestione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi e c.d. pantofoulage"	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	Resp. SGRU	Resp. SGRU/RPC	verifica a campione	almeno 1 report di verifica / anno	entro 31/12	Effettuato audit dic. 2022 - Conforme	
Codice di comportam	Finalizzazione e adozione entro il 2022 di un regolamento per l'autorizzazione alla partecipazione ad attività di formazione sponsorizzata e per attività remunerate da terzi	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Avviata, redatta bozza in valutazione alle Direzioni coinvolte - Successivo alla entrata in uso del RE25 e della raccolta delle dichiarazioni di interesse	DG, DS	DS	verifica a campione	almeno 1 report di verifica / anno		Adozione del regolamento posticipata al 2023	
Trasparenza	Applicazione del RE26 - Regolamento di accesso agli atti	Controllo	In atto	RT	RT	presenza dato in relazione annuale RPCT	presenza dato in relazione annuale RPCT	entro gennaio	Documentato in relazione RPCT	

Patti di integrità	Inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	Dir. Provveditorato	Dir. Provveditorato	presenza della specifica clausola negli atti di gara nel 90% degli atti (dalla data di attivazione)	almeno 1 report di verifica / anno	entro gennaio	Effettuato audit gennaio 2022 - Conforme	X
Altre misure	Rating di legalità	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	RPC	RPC	certificato valido			Certificato valido	

SC Area Giuridico Amministrativa

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ'	RESPONSABILE ATTIVITÀ'
Aquisizione e progressione del personale	1	Reclutamento	<p>Il reclutamento è una fase fondamentale dell'organizzazione dell'Istituto. La finalità del reclutamento risiede nel reperimento di tutte quelle risorse umane utili all'organizzazione, principalmente definite nel processo di Budget annuale. Esso è regolato da una normativa ben precisa, i DPR 483/97 (Dirigenza) e DPR 220/2000 (comparto). Qui vengono definiti i criteri necessari alla partecipazione dei singoli concorsi, nonché tutti i criteri di valutazione degli stessi oltre alla formazione delle commissioni atte alla valutazione. Le criticità riscontrate in tale processo, risiedono nel fatto che questa normativa è abbastanza obsoleta e non corrisponde a pieno alle attuali necessità di scelta del personale</p>	<p>Il direttore chiede la risorsa, la Direzione approva l'iter concorsuale lo SGRU predispone gli atti necessari all'esecuzione del concorso</p>	<p>Definizione di una graduatoria meritatoria cui attingere per l'assunzione di personale</p>	<p>Tutte le strutture organizzative dell'Istituto</p>	1.1 Definizione dei criteri di accesso alla posizione	<p>In base al profilo messo a bando si redige il bando di concorso in relazione ai DPR di riferimento. Qualora si trattasse di rapporti Libero professionali o di collaborazione si segue il regolamento predisposto all'uopo</p>	<p>Addetto SGRU</p>
							1.2 Nomina della commissione	<p>Si sceglie la commissione in base ai regolamenti applicati ed alla normativa concorsuale tramite sorteggio, la commissione è nominata dal DG</p>	<p>Addetto SGRU</p>
							1.3 Valutazione	<p>La commissione assegna i punteggi in base ai DPR applicati</p>	<p>Addetto SGRU supporta la commissione</p>
					<p>Per il comparto, lo SGRU predispone annualmente un elenco dei dipendenti che hanno i requisiti di avanzamento economico che poi il Direttore di riferimento</p>			<p>Progressioni economiche e di carriera</p>	<p>In base alla regolamentazione aziendale, si procede con le progressioni economiche</p>

Allegato 2 A - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 -Mappatura dei processi e attività

	2	Progressioni di carriera	Questo processo prevede la definizione degli upgrade di carriere per il personale del comparto e della dirigenza. I criteri di avanzamento sono per lo più definiti dai contratti collettivi applicati e quindi regolarizzati e procedurizzati da atti interni volti a disciplinare in modo trasparente e universale le prassi di avanzamento di carriera	Valuta attraverso una griglia di punteggi atto a determinare la PEO. Per il personale dirigente si segue un processo di valutazione disciplinato in un regolamento predisposto all'uopo. Inoltre per le progressioni in strutture organizzative o incarichi più complessi, si procede per merito attraverso l'istituzione di bandi interni anch'essi regolamentati da apposito atto interno	Conferimento dell'incarico o della progressione economica orizzontale	Tutte le strutture organizzative dell'Istituto	Valutazione del personale e processo di conferimento incarico	In base alla regolamentazione aziendale si procedere con l'assegnazione per bandi interni ed esterni di incarichi dirigenziali	Addetto SGRU
							Premialità	In base al raggiungimento degli obiettivi di budget annuali vengono assegnate le premialità per ciascun operatore	Addetto SGRU
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	3	Conferimento incarichi di collaborazione esterna	Questo processo prevede la regolarizzazione di incarichi extra aziendali in modo da prevenire rischi corruttivi o attribuzioni arbitrarie	Tutto il personale che trasmette le singole richieste al proprio direttore che valuta la concessione o meno dell'incarico extra istituzionale	Concessione o meno dell'incarico extra istituzionale	Tutte le strutture organizzative dell'Istituto	Processo di monitoraggio degli incarichi extra istituzionali dei professionisti	Applicazione del regolamento del conflitto di interessi	Addetto SGRU

SC Area Provveditorato e Supporto Amministrativo Direzione di Presidio Ospedaliero

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ'	RESPONSABILE ATTIVITÀ'
	1	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi. Definizione del fabbisogno e dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto	Definizione dell'oggetto dell'affidamento sulla base dell'individuazione del fabbisogno da parte delle U.O. richiedenti. Redazione della programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi e/o della documentazione d'appalto. Criticità: definizione di acquisto di beni/servizi esclusivi non giustificati da effettiva infungibilità in potenziale conflitto di interessi in capo al richiedente	Individuazione e definizione del fabbisogno: 1) Monitoraggio delle scadenze contrattuali; 2) Esito negoziazioni di budget; 3) Richieste pervenute autorizzate dalla Direzione.	- Elaborazione documento di programmazione; - Presa in carico delle richieste di acquisto pervenute.	RUP e U.O. richiedenti	1.1 Acquisizione di beni e servizi	Predisposizione della documentazione amministrativa e tecnica della procedura di acquisto attivata	RUP
	2	Progettazione della procedura	Impostazione della strategia di acquisto al fine di assicurare la rispondenza della procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi fissati dall'art. 30 Codice Appalti. Individuazione dei componenti dei gruppi tecnici (si veda IO01). Supporto ai gruppi tecnici per la descrizione del bene/servizio da acquistare e per la definizione della base d'asta, anche in coerenza con quanto individuato in programmazione. Redazione dei documenti/atti di gara, comprensiva dell'attività di definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario Criticità del processo: - numero limitato di professionalità tecniche da coinvolgere nei gruppi tecnici, in considerazione della necessità di garantire la nomina di persone prive di conflitto di interessi rispetto al bene/servizio da acquistare e dell'incompatibilità tra il ruolo di componente di gruppo tecnico e componente della commissione giudicatrice; - capitolati con specificità tecniche non strettamente	Processo 1	Pubblicazione avviso/bando	RUP e Gruppi tecnici	2.1 Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto. Redazione di atti di gara chiari e completi con un oggetto ben descritto, con base d'asta chiara e criteri di aggiudicazione e valutazione ben definiti . Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa	RUP

		necessarie in relazione al bisogno da soddisfare che potrebbero restringere la concorrenza.				2.2	Individuazione requisiti di aggiudicazione e individuazione di ulteriori requisiti con riferimento all'esigenza specifica della commessa	Definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	RUP
Area affidamento lavori, servizi e forniture	3	<p>Selezione del contraente</p> <p>Il processo ha la funzione di individuare l'operatore economico aggiudicatario sulla base dei criteri prestabili con il processo 2 ed è svolto in maniera da garantire i principi di massima partecipazione e parità di trattamento tra gli operatori economici interessati, rendendo chiara a priori la disciplina specifica applicata alla procedura di affidamento (lex specialis) nel rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità. Le figure coinvolte pongono in essere misure concrete per prevenire conflitti di interessi anche potenziali o possibili applicazioni distorte/elusive delle diverse disposizioni legislative, a garanzia che gli esiti della procedura siano in linea con i principi di imparzialità e indipendenza, nonché di economicità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.</p> <p>Criticità del processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero limitato di professionalità tecniche da coinvolgere nelle commissioni giudicatrici, in considerazione della necessità di garantire la nomina di persone prive di conflitto di interessi rispetto al bene/servizio da acquistare e dell'incompatibilità tra il ruolo di componente della commissione giudicatrice e componente del gruppo tecnico; - possibili valutazioni erronee o non imparziali da parte della commissione; - possibili deviazioni dalla lex specialis da parte del seggio di gara e/o della commissione giudicatrice. 	Determina a contrarre e indizione della procedura/Indagini di mercato	Esclusioni, Atto di aggiudicazione, Atto di annullamento o revoca del bando	RUP, Commissioni giudicatrici o Gruppi di esperti appositamente nominati	3.1	Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	La Commissione giudicatrice o il Gruppo di esperti (a seconda della tipologia di procedura) procede alla valutazione delle offerte o dei preventivi pervenuti sulla base dei criteri predeterminati	Commissione giudicatrice o Gruppo di esperti/RUP
						3.2	Per appalti di lavori forniture e servizi valutazione oggettiva comparativa	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala	RUP
						3.3	Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle modalità di revoca del bando	RUP

4	Procedure negoziate	Il processo prevede l'individuazione dello strumento "procedura negoziata" al fine di individuare l'affidatario della procedura di gara	Processo 1	l'individuazione dello strumento "procedura negoziata" al fine di individuare l'affidatario della procedura di gara	RUP	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	RUP
5	Affidamenti diretti	Il processo individua l'operatore economico secondo la procedura di affidamento diretto di cui al Decreto Semplificazioni	Processo 1	Individuazione dell'operatore economico a cui affidare direttamente l'appalto	RUP	Individuazione operatore economico per affidamenti entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per forniture o servizi entro i limiti di delega conferita	RUP
6	Esecuzione del contratto	Nella fase esecutiva, l'esecutore pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel contratto. Spetta all'Ente verificare l'esatto adempimento della prestazione, dotandosi di ogni strumento utile	Stipula del contratto	Fornitura conforme del bene/servizio oggetto del contratto	RUP e DEC	6.1	Il RUP procede con la variante acquisiti tutti gli elementi del caso dal DEC e/o dal fornitore	RUP
						6.2	Vengono individuati sistemi alternativi a quelli giurisdizionali di risoluzione delle controversie in considerazione della non conformità verificatasi	RUP
7	Introduzione di attrezzature in comodato d'uso	Il processo disciplina l'ingresso di beni con contratti di comodato d'uso gratuito	Proposta di comodato interna o esterna	Contratto di comodato d'uso gratuito	Segreteria della Direzione Generale, Servizio Provveditorato, Tecnologie Biomediche, SPP, U.O. utilizzatrici	Gestione degli affidamenti dei comodati d'uso	Valutazione sull'opportunità dell'accesso di beni in comodato d'uso gratuito, non rientranti in contratti relativi alle sperimentazioni cliniche per i quali è previsto uno specifico articolo del template pubblicato sul sito AIFA in data 30/10/2019	Direttore SC Provveditorato

SC Area Risorse strutturali, Tecnologiche, Informatiche - Servizio Tecnico

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Area affidamento lavori, servizi e	1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto sulla base della programmazione acquisti e lavori e delle richieste straordinarie	Il processo prevede la definizione della documentazione amministrativa e tecnica in relazione alla programmazione acquisti e lavori Criticità: redazione della documentazione di d'appalto carente o ingiustificatamente selettiva	piano di programmazione acquisti e lavori e richieste straordinarie approvate come da procedure PA36	redazione documentazione d'appalto	RUP e UO interessate all'acquisizione	1.1 produzione documentale	predisposizione della documentazione amministrativa e tecnica	RUP
	2	Requisiti di qualificazione/partecipazione	Il processo prevede la definizione dei requisiti generali (tecnico/economici) di accesso alla procedura di gara	Processo 1	definizione dei requisiti generali di partecipazione alla procedura di gara	RUP e UO interessate all'acquisizione	2.1 Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa	Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	RUP
	3	Requisiti di aggiudicazione	Il processo prevede la definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	Processo 1	definizione dei criteri	RUP e UO interessate all'acquisizione	3.1 Individuazione requisiti di aggiudicazione	definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	RUP
	4	Valutazione delle offerte	Il processo prevede la valutazione delle offerte in base ai criteri qualitativi definiti in sede di gara	Indizione della gara	valutazione delle offerte	Commissione di valutazione o seggio monocratico/RUP	4.1 Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	Il seggio monocratico o la commissione conducono la valutazione delle offerte	RUP o commissione di valutazione
	5	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Il processo prevede la valutazione delle motivazioni presentate all'aggiudicatario in casi anomalia dell'offerta presentata	Processo 4	valutazione offerta anomala	RUP ed eventuale commissione	attività di valutazione offerta anomala	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala	RUP

forniture	6	Procedure negoziate	Il processo prevede l'individuazione dello strumento "procedura negoziata" al fine di individuare l'affidatario della procedura di gara	Processo 1	l'individuazione dello strumento "procedura negoziata" al fine di individuare l'affidatario della procedura di gara	RUP	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	RUP
	7	Affidamenti diretti	Il processo individua l'operatore economico a cui affidare direttamente l'appalto	Processo 1	individuazione dell'operatore economico a cui affidare direttamente l'appalto	RUP e UO interessate all'acquisizione	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	RUP
	8	Revoca del bando	Il processo porta alla revoca del bando di gara debitamente motivato	- Errore nella documentazione di gara - Adeguata motivazione a supporto della revoca in autotutela	Revoca del bando di gara	RUP e eventuale commissione di gara	Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle ragioni a supporto della revoca del bando in autotutela	RUP
	9	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Il processo individua una variante progettuale con conseguente modifica del contratto originale	Errata progettazione o eventi imprevedibili in fase di progettazione dell'appalto	Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	RUP e DEC /DL (ove presente)	Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	DEC/DL propongono a RUP la variante in corso di esecuzione del contratto che il RUP deve formalmente approvare	RUP e DEC /DL (ove presente)
	10	Utilizzo di rimedi di risoluzioni delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Il processo individua rimedi di risoluzioni delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Presenza di prestazioni contrattuali non conformi durante la fase di esecuzione del contratto o di altro elemento in difformità a quanto disciplinato dalla documentazione contrattuale	Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	RUP e DEC /DL (ove presente)	Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Il RUP individua una definizione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	RUP e DEC /DL (ove presente)

SC Area Programmazione Finanziaria

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1	CICLO ATTIVO	Il processo riguarda la gestione dei ricavi e delle entrate, a partire dalla ricognizione delle attività svolte e dei soggetti beneficiari, e di tutti i contributi che spettano all'Istituto da parte di Stato, Regione e AUSL, fino alla emissione tempestiva delle fatture attive e al presidio del loro incasso, compresa l'attività eventuale di sollecito e recupero crediti. Molti ricavi sono connessi a specifiche rendicontazioni relative alle spese sostenute, in particolare nell'area Ricerca (fondi su progetti da bandi competitivi, finanziamenti regionali e ministeriali, etc.)	documentazione di supporto per la fatturazione attiva (prestazioni sanitarie e non sanitarie erogate, spese sostenute sui progetti finanziati, prestazioni in sperimentazioni sponsorizzate, delibere regionali o di altri enti di assegnazione contributi, contratti e accordo di fornitura con la AUSL)	emissione fatture/note attive e incasso	URTF e cogest per le rendicontazioni spese sostenute su progetti finanziati, Ufficio flussi per le prestazioni sanitarie, URTTF per i grant da sperimentazioni cliniche	1.1 emissione fatture attive	emissione fatture attive	Ufficio Bilancio
						URP	1.2 ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	Ufficio Bilancio
						Affari legali	1.3 incassi, solleciti e recupero crediti	incassi, solleciti e recupero crediti	Ufficio Bilancio
	2	CICLO PASSIVO	Il processo riguarda la gestione delle fatture passive e in generale dei costi sostenuti dall'Istituto, con invio delle fatture ai referenti del conseguente processo autorizzativo ("ordinatori" di voce di spesa, servizio acquisti) e pagamento nei termini previsti, con corretta classificazione per conto, centro di costo ed eventuale centro di commessa/progetto	fatture passive e altri documenti generanti obbligazioni economica (costi)	liquidazione e pagamento nei tempi previsti	Referenti di voci di spesa (c.d. ordinatori), servizio Acquisti	processo autorizzativo e pagamento	processo autorizzativo e pagamento	Ufficio Bilancio
3	GESTIONE CONTABILE DEL PATRIMONIO	gestione dei cespiti acquisiti con fondi IRST ovvero finanziati da terzi (donazioni, finanziamenti su progetti), iscrizione a libro cespiti, valorizzazione, ammortamento e sterilizzazione, dismissione	acquisizione di cespiti	trattamento contabile dei cespiti	Area tecnica, Acquisti	trattamento contabile dei cespiti	trattamento contabile dei cespiti	Ufficio Bilancio	
4	PREDISPOSIZIONE BILANCIO PREVENTIVO, BILANCIO D'ESERCIZIO, BILANCIO SOCIALE, RELAZIONE SUL GOVERNO SOCIETARIO	Chiusure contabili comprese le scritture di fine esercizio: capitalizzazioni, risconti, ratei, accantonamenti, etc	elementi provenienti da molteplici fonti informative interne ed esterne	documenti ufficiali di rendicontazione	tutti i referenti	predisposizione documenti contabili e relazioni	predisposizione documenti contabili e relazioni	Ufficio Bilancio	
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	5	GESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE E DEL SISTEMA INCENTIVANTE COLLEGATO ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO	ciclo di budget, monitoraggio e valutazione performance collegata alla retribuzione di risultato	linee guida CdA e Direzione	obiettivi negoziati con le strutture e valutazione del loro raggiungimento con impatto sulla retribuzione di risultato	Direzioni strategiche, Organismo di Valutazione Aziendale (OAV), Servizio Gestione Risorse Umane	5.1 sottoscrizione obiettivi e risorse	negoiazione schede budget	Ufficio P&C
						Controllo di gestione, Direzione, OAV, Servizio Gestione Risorse Umane	5.2 valutazione dei risultati	raccolta dati e informazioni e istruttoria per OAV e Direzione	Ufficio P&C

Direzione Sanitaria

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Liste di attesa	1	Gestione liste d'attesa	Per la natura delle prestazioni erogate nell'Istituto l'accesso alle stesse viene regolamentato mediante l'inserimento in liste d'attesa secondo criteri di appropriatezza che tengono presente la priorità del prescrittore e la condizione del paziente, ad es. in termini di tempo trascorso dall'intervento chirurgico e dalla disponibilità del referto istologico necessari per una adeguata presa in carico, oppure condizione clinica del paziente e rispetto dei tempi del percorso di cura	Richiesta del medico	Erogazione della prestazione	Medici prescrittori esterni, Strutture Cliniche e diagnostiche IRST, Uff. Prenotazione e Accettazione amministrativa, Infermieri, DS	Inserimento paziente in lista d'attesa	- Prestaz. Ambulatoriali e Diagnostica: inf. specialista del percorso o medico specialista valuta la richiesta e assegna l'appuntamento per la visita che viene comunicato al paziente da parte dell'accettazione. - Prestazioni di ricovero in degenza: il medico specialista inserisce in nome del paziente in lista d'attesa secondo criteri condivisi e stabiliti	Resp. Unico Liste d'Attesa (RUA)
Attività libero professionale	2	Gestione attività libero professionale	Il Professionista IRST effettua attività in libera professione intramoenia solo se in regime di esclusività e previa autorizzazione della direzione sanitaria	Richiesta da parte del professionista	Esecuzione prestazioni libero professionali ed erogazione compensi	DS, URP, Tutte le strutture cliniche, Risorse Umane, Struttura aggiudicataria del Servizio esternalizzato di prenotazione e accettazione amministrativa e centralino, Supporto amm.vo direzione medica di presidio, Servizio Informatico	Gestione attività libero professionale	- il professionista richiede autorizzazione alla LP - il professionista e la DS concordano sugli slot ambulatoriali; le modifiche a eventuali slot devono essere autorizzati dalla direzione sanitaria; ogni anno è previsto un momento di rivalutazione dell'attività - il SI genera la sezione nel gestionale fatturazione e nella cartella clinica la parte di fatturazione - la DS apre le agende - Uff. Prenotazioni prenota in funzione delle richieste dei pazienti - il medico esegue prestazione - il servizio accettazione fattura - la DS controlla che la prestazione sia svolta secondo quanto indicato nella IO18 e fornisce indicazioni al SGRU per il pagamento a 90 gg	DS

Allegato 2 A - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 -Mappatura dei processi e attività

Gestione dei rifiuti	3	Gestione rifiuti	In Istituto vengono prodotti rifiuti che vengono smaltiti tramite ditta autorizzata selezionata con procedure ad evidenza pubblica; il conferimento di tali rifiuti avviene previa autorizzazione da parte del DS o suo delegato, in quanto responsabile della sorveglianza	Stoccaggio di rifiuti	Conferimento rifiuti a ditta autorizzata	Consulente ambientale, DS, Ditta pulizie, Ditta trasporto rifiuti, ERP, FS	Processo autorizzativo smaltimento rifiuti	- i rifiuti speciali che devono essere smaltiti sono pesati dall'autista della Ditta dei trasporti prima del trasporto, - l'autista riporta sul Formulario Identificativo del Rifiuto (FIR) peso lordo, netto e tara, - il FIR compilato viene firmato da DS o suo delegato e trasmesso tramite posta interna al referente per la compilazione del registro (MUD)	DS
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	4	Gestione processo di concessione diritto free care	I pazienti non coperti da SSN che si dichiarano indigenti possono fare richiesta di accesso al Fondo Solidarietà per l'Assistenza Gratuita" (Free Care) a copertura dell'assistenza sanitaria	Il paziente richiede accesso al Fondo di Solidarietà per Assistenza Gratuita	Autorizzazione/rifiuto dell'accesso al Fondo	Accettazione Amministrativa, Supporto Amministrativo alla direzione Medica di Presidio, Ufficio Flussi e DRG, componente Clinica, Ufficio Bilancio., DS	Autorizzazione alla free care	- Medico comunica l'iter diagnostico-terapeutico previsto, - Ufficio Flussi compila il preventivo. - Accettazione Amministrativa (AA) consegna al paziente il preventivo, - se il paziente non accetta il preventivo causa impossibilità di farsi carico dei costi, consegna all'URP il modulo di "Autocertificazione di indigenza e richiesta di accesso al Fondo di Solidarietà per Assistenza Gratuita", - URP inoltra il modulo alla DS congiuntamente al modulo "iter diagnostico terapeutico" e al preventivo di spesa, - DS valuta la richiesta sulla base dell'analisi delle informazioni contenute nel modulo e sulla disponibilità del Fondo accertata attraverso il Direttore del Servizio Bilancio (SB) ed eventualmente approva, - il modulo è re inoltrato, debitamente compilato, all'URP che provvede a trasmetterne copia ad AA e a SB, - URP invia comunicazione scritta al paziente	Supporto Amministrativo alla Direzione Medica di Presidio, Direzione Sanitaria, Medico
Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero	5	Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero	In caso di decesso di paziente ricoverato, lo stesso viene temporaneamente trasferito in locale sosta salme in attesa di identificazione dell'impresa di pompe funebri che lo trasferirà in camera mortuaria.	Caso di decesso di paziente ricoverato	Trasporto salma presso camera mortuaria	Reperti di degenza, Imprese Onoranze funebri	Gestione esternalizzata del servizio mortuario	In caso di decesso i familiari/caregiver vengono informati circa la necessità e responsabilità di contattare l'Impresa di Onoranze Funebrì e l'orario di permanenza massima della salma all'interno dell'Istituto. Nessun operatore IRST è autorizzato ad effettuare la chiamata all'Impresa di Pompe Funebrì	Personale reperti degenza

Allegato 2 A - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 -Mappatura dei processi e attività

<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>6</p>	<p>Gestione degli incarichi esterni del personale dipendente</p>	<p>I Professionisti a cui vengono proposti incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza devono richiedere autorizzazione alla DS</p>	<p>Professionista invia richiesta alla DS per incarico esterno retribuito</p>	<p>autorizzazione/rifiuto</p>	<p>Professionista, Direttore Sanitario</p>	<p>Gestione dei percorsi di autorizzazione alla effettuazione di interventi di congressuali retribuiti</p>	<p>- Il Professionista a cui vengono proposti incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza invia mail alla DS allegando lettera di incarico e comunicazione dei conflitti di interesse, - Direttore Sanitario risponde autorizzando o negando la richiesta</p>	<p>DS, Professionista</p>
--	----------	--	--	---	-------------------------------	--	--	--	---------------------------

SC Farmacia

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Approvvigionamento farmaci oncologici	L'Istituto si approvvigiona dei farmaci oncologici presso il Magazzino Unico di Pievesestina. Solo in alcuni casi l'Istituto procede ad acquisti diretti presso le Aziende Farmaceutiche (es. Farmaci fuori prontuario)	Richiesta da parte del Medico prescrittore	Disponibilità del farmaco per terapia del paziente	Oltre alla Farmacia, Strutture Cliniche IRST, Servizio Acquisti IRST, Servizio Acquisti Pievesestina	1.1 Introduzione nuovi farmaci oncologici ad alto costo	Il Medco invia la richiesta al Direttore di Farmacia tramite il Farmacista di Patologia, la richiesta è autorizzata dal Direttore di Farmacia. Nel caso in cui il farmaco non sia ancora in prontuario viene autorizzato, oltre che dal Dir. Farmacia, a anche dal Direttore Sanitario	Dir. Farmacia
							1.2 Gestione degli ordini di farmaci	Settimanalmente vengono richiesti farmaci al magazzino di Pievesestina; sono previste rotazioni differenti in funzione del costo del farmaco e della loro frequenza di utilizzo	Farmacista

	2	Prescrizione	Il Medico prescrive il farmaco appropriato alla cura della patologia del paziente	Prescrizione medica	Disponibilità del farmaco per terapia del paziente	Oltre alla Farmacia, Strutture Cliniche IRST	2.1 Prescrizione di farmaci (particolari) ad alto costo	Il Medico valuta la terapia e predispone il piano terapeutico informaticamente, tale terapia viene discussa nel gruppo di patologia e valutata dal farmacista di patologia (primo giorno - primo ciclo) in anticipo rispetto al momento di prescrizione per la somministrazione - tempo necessario per la verifica del farmacista	Farmacista di patologia
--	---	--------------	---	---------------------	--	--	---	---	-------------------------

SC Unità Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
	1	Proposta studio clinico promosso da Azienda Farmaceutica	L'Azienda Farmaceutica, o Promotore Esterno, propone uno studio clinico con intenti profit al ricercatore IRST (Principal Investigator - PI). Attraverso il supporto dell'Unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche, nonché le altre UO coinvolte, viene valutata la manifestazione di interesse e finalizzato l'iter autorizzativo, secondo percorso definito nelle procedure IRST. Una volta avviato lo studio vengono arruolati i pazienti che soddisfano i criteri previsti dal protocollo, previo firma del consenso informato	Proposta progettuale	Attivazione studio e avvio arruolamento pazienti	Uff. Ricerca, SC Farmacia, Direzione Sanitaria, SC Oncologia Medica, SC Medicina Nucleare, Unità Cliniche, Centro Risorse Biologiche	Sottomissione studio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione all'avvio, conduzione e arruolamento pazienti	<ul style="list-style-type: none"> - Firma Confidential Agreement del PI - invio questionario di fattibilità - discussione collegiale interesse alla partecipazione - invio al Comitato Medico Scientifico - collaborazione alla stesura dei documenti per autorizzazioni del Comitato Etico - delibera attivazione studio - Site Initiation Visit - avvio studio - arruolamento pazienti 	Principal Investigator (PI). La delibera di attivazione studio è firmata dal Direttore Sanitario, delegato dal Direttore Generale

<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>2</p>	<p>Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit</p>	<p>L'attività di sperimentazione clinica viene formalizzata in una convenzione, redatta su modello nazionale, a firma dell'a Azienda Promotrice e della Direzione Sanitaria. Tale convenzione riporta il valore economico delle attività relative alle prestazioni erogate al paziente secondo protocollo</p>	<p>Stipula della convenzione</p>	<p>Liquidazione della fattura da parte dell'Azienda Promotrice</p>	<p>Ufficio Ricerca, UBSC, Servizio Bilancio</p>	<p>Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit</p>	<p>- Stipula della convenzione, - Gestione del grant</p>	<p>Ufficio Ricerca, UBSC, Direzione Sanitaria, Servizio Bilancio</p>
--	----------	--	---	----------------------------------	--	---	--	--	--

SSD Ricerca, Trasferimento Tecnologico e Formazione

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Gestioni pubblicazioni scientifiche	L'URTTF riceve, registra e gestisce le richieste di controllo linguistico, editing e pagamento costi di pubblicazione dei papers dei ricercatori, preventivamente autorizzate dal Direttore Scientifico; URTTF procede alla liquidazione delle fatture. Monitoraggio pubblicazioni	Richiesta da parte del ricercatore	Pubblicazione del paper (confermato da pagamento fattura)	URTTF, Ufficio Bilancio	Gestione pubblicazioni scientifiche	- ricevimento richiesta - registrazione - gestione richiesta (invio a madrelingua inglese per controllo, effettuazione editing, controllo e autorizzazione fatture) - censimento registrazione pesatura delle pubblicazioni - interventi correttivi - reporting al Ministero della Salute	Resp. SSD URTTF
	2	Formazione interna	URTTF riceve richiesta da parte di professionista IRST/Responsabile Scientifico di organizzazione di un evento residenziale (a titolo esemplificativo non esaustivo: hospital meeting) da realizzare in collaborazione con azienda esterna (azienda farmaceutica o medicale)	Richiesta da parte del professionista IRST/Responsabile Scientifico	Effettuazione evento	URTTF, Professionisti IRST	Formazione residenziale in collaborazione con azienda esterna	- ricevimento proposta di evento formativo con allegato il programma predisposto dal Responsabile Scientifico tenendo conto della policy Irst (assenza logo dell'azienda e presentazione delle pipelines e molecole farmaceutiche) - verifica da parte di UF del programma predisposto dal Responsabile Scientifico	Resp. Formazione URTTF
	3	Formazione esterna	URTTF riceve offerta di supporto economico da parte di azienda esterna per la partecipazione di professionisti IRST ad eventi di formazione esterna (formazione sponsorizzata)	Proposta da parte di aziende farmaceutiche di supporto alla partecipazione ad evento formativo di professionisti IRST	Partecipazione su principi di rotazione e competenza	URTTF, Strutture IRST, Direzione Sanitaria	Gestione dei percorsi di autorizzazione delle proposte formative; gestione del budget per la formazione	- ricevimento proposta - richiesta ai responsabili di struttura di identificazione del partecipante - richiesta nulla osta della Direzione Sanitaria alla partecipazione del professionista - replica alla proposta e messa in contatto diretto dell'Azienda con il Professionista	Resp. Formazione URTTF

URP & Comunicazione

MAPPATURA									
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO(Cos'è e che finalità ha, criticità del processo) vedi pag. 18 All. PNA 2019	ORIGINE DEL PROCESSO (INPUT)	RISULTATO ATTESO DEL PROCESSO (OUTPUT)	STRUTTURE CHE INTERVENGONO NEL PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1	Informazione e orientamento dell'Utente	Rientra nella missione dell'URP l'informazione al paziente riguardo le modalità di accesso alle cure, in particolare, al paziente straniero non coperto da SSN che dichiara di essere in uno stato di indigenza. Viene offerto al paziente la possibilità di accedere al "Fondo di Solidarietà per l'Assistenza Gratuita" (Free Care). URP acquisisce la volontà del paziente e si interfaccia con la Direzione Sanitaria per il proseguo dell'iter di cura e relativa copertura economica	Richiesta di avvio percorso di cura da paziente straniero non coperto da SSN che dichiara stato di indigenza	Completa e corretta comunicazione al paziente riguardo la possibilità di accesso al fondo	URP, Direzione Sanitaria, Accettazione Amministrativa, Supporto Amministrativo alla direzione Medica di Presidio, Ufficio Flussi e DRG, componente Clinica, Ufficio Bilancio.	Informazione al paziente che fa richiesta di accesso al Fondo di solidarietà, istruttoria pratica e acquisizione esito istruttoria per comunicazione al paziente	Informazione al paziente, acquisizione della sua volontà, invio documentazione alle Strutture coinvolte, acquisizione esito della valutazione e invio risposta al paziente	Coordinatore URP
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	2	Fund Raising	Ad URP e Comunicazione è affidata la reponsabilità della raccolta fondi per IRST	Identificazione, con la Direzione Strategica, di progetti (di ricerca e non), attrezzature e attività IRST che necessitano di un supporto economico	Raccolta fondi - documentati nella rendicontazione interna	URP, Direzione Strategica, Programmaziojne e controllo di gestione, Servizio Bilancio, Ufficio Ricerca, Strutture di clinica e diagnostica IRST, SC Risorse Strutturali, Tecnologiche, Informatiche Servizio Tecnico, SC Provveditorato	Gestione donazioni a favore dell'IRST (denaro, beni/attrezzature, eredità/legati)	URP e Comunicazione, raccolte le esigenze IRST, promuove la possibilità di effettuare donazioni a potenziali donatori (Aziende e Persone Fisiche), cura l'istruttoria per la pratica e la rendicontazione al donatore e alle Strutture IRST	Coordinatore Ufficio Stampa
							Sponsorizzazioni (non di studi clinici)	URP e Comunicazione riceve richieste di sponsorizzazione da Aziende e Persone Fisiche, cura l'istruttoria per la pratica supportato da professionista legale e la successiva rendicontazione	Coordinatore Ufficio Stampa

SC Area Giuridico Amministrativa

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ'	RESPONSABILE ATTIVITÀ'	COMPORTEMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
	1	Reclutamento	1.1 Definizione dei criteri di accesso alla posizione	In base al profilo messo a bando si redige il bando di concorso in relazione ai DPR di riferimento. Qualora si trattasse di rapporti Libero professionali o di collaborazione si segue il regolamento predisposto all'uopo	Addetto SGRU	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" per la posizione da ricercare per favorire il candidato in posizione di LP 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; inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica. Unico discostamento risiede nel fatto che vista la dimensione dell'Istituto il processo è sempre eseguito da un unico addetto, ma ciò non costituisce vizio di rischio per le motivazioni appena descritte
			1.2 Nomina della commissione	Si sceglie la commissione in base ai regolamenti applicati ed alla normativa concorsuale tramite sorteggio, la commissione è nominata dal DG	Addetto SGRU	Commissione non imparziale, membri non scelti sulla base della loro professionalità	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica. Unico discostamento risiede nel fatto che vista la dimensione dell'Istituto il processo è sempre eseguito da un unico addetto, ma ciò non costituisce vizio di rischio per le motivazioni appena descritte
			1.3 Valutazione	La commissione assegna i punteggi in base ai DPR applicati	Addetto SGRU supporta la commissione	Criteri propedeutici per avvantaggiare un candidato	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica

Acquisizione e progressione del personale	2	Progressioni di carriera	Progressioni economiche e di carriera	In base alla regolamentazione aziendale, si procede con le progressioni economiche	Addetto SGRU	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica. Unico discostamento risiede nel fatto che vista la dimensione dell'Istituto il processo è sempre eseguito da un unico addetto, ma ciò non costituisce vizio di rischio per le motivazioni appena descritte
			Valutazione del personale e processo di conferimento incarico	In base alla regolamentazione aziendale si procedere con l'assegnazione per bandi interni ed esterni di incarichi dirigenziali	Addetto SGRU	Valutazione non trasparente o non veritiera al fine di non interrompere processi di progressione di carriera	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica.
			Premialità	In base al raggiungimento degli obiettivi di budget annuali vengono assegnate le premialità per ciascun operatore	Addetto SGRU	Vantaggi economici accordati impropriamente	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme, regolamenti e procedure anche ad evidenza pubblica
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	3	Conferimento incarichi di collaborazione esterna	Processo di monitoraggio degli incarichi extra istituzionali dei professionisti	Applicazione del regolamento del conflitto di interessi	Addetto SGRU	Corruzione a professionisti finalizzata al favorire una determinata società esterna	BASSO	Il rischio risulta BASSO in quanto tutto il processo è governato da norme e procedure

SC Area Provveditorato e Supporto Amministrativo Direzione di Presidio Ospedaliero

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ'	RESPONSABILE ATTIVITÀ'	COMPORAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
	1	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi. Definizione del fabbisogno e dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto	1.1 Acquisizione di beni e servizi	Predisposizione della documentazione amministrativa e tecnica della procedura di acquisto attivata	RUP	Eccessiva elencazione e/o specificazione delle caratteristiche/parametri peculiari del prodotto non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità tale da limitare di fatto ab origine la più ampia partecipazione possibile. intempestiva predisposizione ed approvazione egli strumenti di programmazione (RIF linea guida reg 1,1, 1,2, 1,3)	Basso	Il processo sottostà ai principi stabiliti dal Codice dei contratti pubblici (e normativa collegata) e alle specifiche normative aziendali (IO01, PA16, RE01)

2	Progettazione della procedura	2.1	Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	<p>Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto.</p> <p>Redazione di atti di gara chiari e completi con un oggetto ben descritto, con base d'asta chiara e criteri di aggiudicazione e valutazione ben definiti .</p> <p>Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa</p>	RUP	<p>1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) Definizione dei requisiti di accesso e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire specificatamente un'impresa (es: clausole di bandi che definiscono requisiti di qualificazione).Requisiti eccessivamente cautelativi che restringano la platea dei partecipanti. Ricorso ad imprese note nelle procedure negoziate 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.</p> <p>(RIF linea guida reg 2,9)</p>	Basso	Il processo sottostà ai principi stabiliti dal Codice dei contratti pubblici (e normativa collegata) nonché da Regolamento aziendale (RE01)
		2.2	Individuazione requisiti di aggiudicazione e individuazione di ulteriori requisiti con riferimento all'esigenza specifica della commessa	Definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	RUP	Definizione dei requisiti di aggiudicazione e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici delle offerte al fine di favorire specificatamente un'impresa	Basso	La discrezionalità presente nella definizione dei criteri valutativi è soggetta al rispetto dei principi dell'evidenza pubblica di cui al Codice dei contratti pubblici e alle norme aziendali (IO01, RE01)

Area affidamento lavori, servizi e forniture	3	Selezione del contraente	3.1 Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	La Commissione giudicatrice o il Gruppo di esperti (a seconda della tipologia di procedura) procede alla valutazione delle offerte o dei preventivi pervenuti sulla base dei criteri predeterminati.	Commissione giudicatrice o Gruppo di esperti/RUP	Valutazione soggettiva al fine di favorire specificatamente un'impresa o di manipolarne gli esiti . Condizionamento nella valutazione dell'offerta derivanti da esperienze contrattuali precedenti - conoscenza della partecipante - in capo ai membri della commissione. (RIF linea guida reg 3,7)	Basso	La discrezionalità presente nella valutazione delle offerte è soggetta al rispetto dei principi dell'evidenza pubblica di cui al Codice dei contratti pubblici e alle norme aziendali (IO01, RE01)
			3.2 Per appalti di lavori forniture e servizi valutazione oggettiva comparativa	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala.	RUP	Non rilevazione di una anomalia di offerta al fine di favorire specificatamente un'impresa ammettendo offerte non congrue o escludendo offerte congrue. Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche (RIF linea guida reg 3,10)	Basso	Il processo contiene elementi discrezionali soggetti al rispetto dei principi dell'evidenza pubblica di cui al Codice dei contratti pubblici
			3.3 Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle modalità di revoca del bando	RUP	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento (RIF linea guida reg 3,14)	Basso	Processo disciplinato dal Codice degli appalti pubblici e dalla normativa generale del procedimento amministrativo. Esiste inoltre una vasta giurisprudenza amministrativa che dà indicazioni sull'utilizzo del processo

4	Procedure negoziate	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	RUP	Abuso della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Basso	Il processo sottostà alla disciplina normativa prevista dal Codice dei contratti pubblici e dalle norme aziendali (RE01). È previsto un rafforzamento della pubblicità della procedura
5	Affidamenti diretti	Individuazione operatore economico per affidamenti entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per forniture o servizi entro i limiti di delega conferita	RUP	Abuso della procedura di affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Basso	Il processo sottostà alla disciplina normativa prevista dal Codice dei contratti pubblici e dalle norme aziendali (RE01).
6	Esecuzione del contratto	6.1 Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	Il RUP procede con la variante acquisiti tutti gli elementi del caso dal DEC e/o dal fornitore	RUP	Introduzione di varianti in corso di esecuzione del contratto al fine di favorire il fornitore o mettere in difficoltà il fornitore esistente per favorire un nuovo aggiudicatario (RIF linea guida reg 5,2)	Basso	Processo disciplinato dal Codice degli appalti pubblici a tutela della concorrenza e prevede la collaborazione del DEC
		6.2 Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Vengono individuati sistemi alternativi a quelli giurisdizionali di risoluzione delle controversie in considerazione della non conformità verificatasi	RUP	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore. (RIF linea guida reg 5,7)	Medio	Il processo è governato dalle procedure interna PA13 "Valutazione dei fornitori". Il rischio è valutato medio in quanto la documentazione di gara non può prevedere tutte le fattispecie che possono determinare una possibile controversia in fase di esecuzione del contratto

7	Introduzione di attrezzature in comodato d'uso	Gestione degli affidamenti dei comodati d'uso	Valutazione sull'opportunità dell'accesso di beni in comodato d'uso gratuito, non rientranti in contratti relativi alle sperimentazioni cliniche per i quali è previsto uno specifico articolo del template pubblicato sul sito AIFA in data 30/10/2019.	Direttore SC Provveditorato	Pressioni per l'adozione di comodato d'uso che comporta utilizzo in esclusiva di componenti, accessori, materiali d'uso, reagenti e canoni di manutenzione	Basso	Il processo è disciplinato da specifica procedura aziendale (PA37 "Ingresso di beni in comodato d'uso")
---	--	---	--	--------------------------------	--	-------	---

SC Area Risorse strutturali, Tecnologiche, Informatiche - Servizio Tecnico

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
	1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto sulla base della programmazione acquisti e lavori e delle richieste straordinarie	1.1 produzione documentale	predisposizione della documentazione amministrativa e tecnica	RUP	Eccessiva elencazione e/o specificazione delle caratteristiche/parametri peculiari del prodotto tale da limitare di fatto ab origine la più ampia partecipazione possibile	BASSO	Il processo oltre ad essere regolamentato dai principi dettati dal codice degli appalti è soggetto ad una evidenza pubblica a tutela degli operatori
	2	Requisiti di qualificazione/partecipazione	2.1 Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa	Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	RUP	Definizione dei requisiti di accesso e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire specificatamente un'impresa (es: clausole di bandi che definiscono requisiti di qualificazione).Requisiti eccessivamente cautelativi che restringano la platea dei partecipanti	BASSO	Il processo oltre ad essere regolamentato dai principi dettati dal codice degli appalti è soggetto ad una evidenza pubblica a tutela degli operatori
	3	Requisiti di aggiudicazione	3.1 Individuazione requisiti di aggiudicazione	definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	RUP	Definizione dei requisiti di aggiudicazione e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici delle offerte al fine di favorire specificatamente un'impresa	BASSO	Il processo comporta una potenziale discrezionalità nella fase di individuazione dei criteri tuttavia la procedura di gara è sempre soggetta ad una evidenza pubblica a tutela degli operatori
	4	Valutazione delle offerte	4.1 Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	Il seggio monocratico o la commissione conducono la valutazione delle offerte	RUP o commissione di valutazione	Valutazione soggettiva al fine di favorire specificatamente un'impresa. Condizionamento nella valutazione dell'offerta derivanti da esperienze contrattuali precedenti - conoscenza della partecipante - in capo ai membri della commissione	BASSO	Il processo comporta una potenziale discrezionalità nella fase di individuazione dei criteri tuttavia la valutazione è soggetta a dei criteri predefiniti e la procedura di gara è sempre soggetta ad una evidenza pubblica a tutela degli operatori

Area affidamento lavori, servizi e forniture	5	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	attività di valutazione offerta anomala	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala.	RUP	Non rilevazione di una anomalia di offerta al fine di favorire specificatamente un'impresa	BASSO	Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa ed inoltre le decisioni assunte sono trasmesse a tutti i partecipanti alla procedura di gara
	6	Procedure negoziate	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	RUP	Abuso della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	BASSO	Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa ed inoltre la procedura di gara è sempre soggetta ad una evidenza pubblica a tutela degli operatori
	7	Affidamenti diretti	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	RUP	Abuso della procedura di affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	BASSO	Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa, dai regolamenti interni ed inoltre le decisioni assunte sono pubblicate sul sito Web aziendale
	8	Revoca del bando	Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle ragioni a supporto della revoca del bando in autotutela	RUP	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario	BASSO	Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa e dagli orientamenti giurisprudenziali ed inoltre le decisioni assunte sono pubblicate sul sito Web aziendale
	9	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	DEC/DL propongono a RUP la variante in corso di esecuzione del contratto che il RUP deve formalmente approvare	RUP e DEC /DL (ove presente)	Introduzione di varianti in corso di esecuzione del contratto al fine di favorire il fornitore o mettere in difficoltà il fornitore esistente per favorire un nuovo aggiudicatario	BASSO	Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa ed inoltre le decisioni assunte sono soggette a più livelli di valutazione (RUP, DL/DEC e Organi Dirigenziali) e sono pubblicate sul sito Web aziendale

Allegato 2 B - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Registro degli eventi rischiosi

10	Utilizzo di rimedi di risoluzioni delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Il RUP individua una definizione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	RUP e DEC /DL (ove presente)	Portare a risoluzione controversie per favorire il fornitore che diversamente potrebbe perdere l'appalto	MEDIO	Il processo è governato dalle procedure interna PA13 "Valutazione dei fornitori". Il rischio è valutato medio in quanto la documentazione di gara non può prevedere tutte le fattispecie che possono determinare una possibile controversia in fase di esecuzione del contratto
----	---	--	--	------------------------------	--	-------	---

SC Area Programmazione Finanziaria

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1	CICLO ATTIVO	1.1 emissione fatture attive	emissione fatture attive	Ufficio Bilancio	Duplicazione ovvero superamento del 100% del costo di persone o altri Fattori Produttivi - fatturazione di prestazioni non riconoscibili a carico SSN (sperimentali)	basso	non concerne se non in misura minima rischi di tipo corruttivo
			1.2 ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	Ufficio Bilancio	riciclaggio	basso	elevata professionalità degli attori coinvolti e procedure ben definite
			1.3 incassi, solleciti e recupero crediti	incassi, solleciti e recupero crediti	Ufficio Bilancio	non svolgimento delle attività di sollecito dietro compenso	basso	attivate diverse misure per il contenimento del rischio
	2	CICLO PASSIVO	processo autorizzativo e pagamento	processo autorizzativo e pagamento	Ufficio Bilancio	autorizzazione al pagamento di somme non dovute o per attività non congrue	basso	controlli incrociati e procedure ben consolidate, frequenti controlli di Collegio e Revisori
	3	GESTIONE CONTABILE DEL PATRIMONIO	trattamento contabile dei cespiti	trattamento contabile dei cespiti	Ufficio Bilancio	non individuato rischio specifico di natura corruttiva	//	//
	4	PREDISPOSIZIONE BILANCIO PREVENTIVO, BILANCIO D'ESERCIZIO, BILANCIO SOCIALE, RELAZIONE SUL GOVERNO SOCIETARIO	predisposizione documenti contabili e relazioni	predisposizione documenti contabili e relazioni	Ufficio Bilancio	falso contabile, rappresentazione non veritiera e corretta	basso	molteplicità di controlli e revisioni, compresa la certificazione volontaria da società esterna di revisione selezionata con gara

Allegato 2 B - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Registro degli eventi rischiosi

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	5	GESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE E DEL SISTEMA INCENTIVANTE COLLEGATO ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO	5.1 sottoscrizione obiettivi e risorse	negoziazione schede budget	Ufficio P&C	non individuato rischio specifico di natura corruttiva	//	//
			5.2 valutazione dei risultati	raccolta dati e informazioni e istruttoria per OAV e Direzione	Ufficio P&C	gestione non corretta del percorso (dati, attestazioni, etc.) che falsa i risultati conseguiti , con erogazione di denaro non dovuta in tutto o in parte	basso	elevato livello dei controlli sia da parte della Direzione e staff, sia da OAV esterno

Direzione Sanitaria

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPOLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
Liste di attesa	1	Gestione liste d'attesa	Inserimento paziente in lista d'attesa	- Prestaz. Ambulatoriali e Diagnostica: inf. specialista del percorso o medico specialista valuta la richiesta e assegna l'appuntamento per la visita che viene comunicato al paziente da parte dell'accettazione. - Prestazioni di ricovero in degenza: il medico specialista inerisce in nome del paziente in lista d'attesa secondo criteri condivisi e stabiliti	Resp. Unico Liste d'Attesa (RUA)	Pressioni per ottenere il non rispetto dei criteri di inserimento di pazienti in lista d'attesa al fine di favorire qualcuno	basso	Il processo è governato da normativa convertita in procedure interne, la cui applicazione è verificata dalla DS

Allegato 2 B - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Registro degli eventi rischiosi

Attività libero professionale	2	Gestione attività libero professionale	Gestione attività libero professionale	<ul style="list-style-type: none"> - il professionista richiede autorizzazione alla LP - il professionista e la DS concordano sugli slot ambulatoriali; le modifiche a eventuali slot devono essere autorizzati dalla direzione sanitaria; ogni anno è previsto un momento di rivalutazione dell'attività - il SI genera la sezione nel gestionale fatturazione e nella cartella clinica la parte di fatturazione - la DS apre le agende - Uff. Prenotazioni prenota in funzione delle richieste dei pazienti - il medico esegue prestazione - il servizio accettazione fattura - la DS controlla che la prestazione sia svolta secondo quanto indicato nella IO18 e fornisce indicazioni al SGRU per il pagamento a 90 gg 	DS	Comportamenti dei professionisti che possono favorire il ricorso alla libera professione rispetto all'attività istituzionale	basso	Il processo è governato da normativa convertita in procedure interne, la cui applicazione è verificata dalla DS
Gestione dei rifiuti	3	Gestione rifiuti	Processo autorizzativo smaltimento rifiuti	<ul style="list-style-type: none"> - i rifiuti speciali che devono essere smaltiti sono pesati dall'autista della Ditta dei trasporti prima del trasporto, - l'autista riporta sul Formulario Identificativo del Rifiuto (FIR) peso lordo, netto e tara, - il FIR compilato viene firmato da DS o suo delegato e trasmesso tramite posta interna al referente per la compilazione del registro (MUD) 	DS	Occultato controlli pesi, quantitativi, modalità di smaltimento, al fine di favorire il fatturato dell'impresa che gestisce l'appalto	basso	Il processo è governato da normativa convertita in procedure interne, la cui applicazione è verificata dalla DS

<p>Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</p>	<p>4</p>	<p>Gestione processo di concessione diritto free care</p>	<p>Autorizzazione alla free care</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medico comunica l'iter diagnostico-terapeutico previsto, - Ufficio Flussi compila il preventivo. - Accettazione Amministrativa (AA) consegna al paziente il preventivo, - se il paziente non accetta il preventivo causa impossibilità di farsi carico dei costi, consegna all'URP il modulo di "Autocertificazione di indigenza e richiesta di accesso al Fondo di Solidarietà per Assistenza Gratuita", - URP inoltra il modulo alla DS congiuntamente al modulo "Iter diagnostico terapeutico" e al preventivo di spesa, - DS valuta la richiesta sulla base dell'analisi delle informazioni contenute nel modulo e sulla disponibilità del Fondo accertata attraverso il Direttore del Servizio Bilancio (SB) ed eventualmente approva, - il modulo è re inoltrato, debitamente compilato, all'URP che provvede a trasmetterne copia ad AA e a SB, - URP invia comunicazione scritta al paziente 	<p>Supporto Amministrativo alla Direzione Medica di Presidio, Direzione Sanitaria, Medico</p>	<p>Autorizzazione alla cura gratuita ai pazienti stranieri non coperti da STP e non caratterizzati da requisiti di idoneità</p>	<p>basso</p>	<p>Il processo è governato da procedure interne</p>
<p>Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>5</p>	<p>Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero</p>	<p>Gestione esternalizzata del servizio mortuario</p>	<p>In caso di decesso i familiari/caregiver vengono informati circa la necessità e responsabilità di contattare l'Impresa di Onoranze Funebri e l'orario di permanenza massima della salma all'interno dell'istituto. Nessun operatore IRST è autorizzato ad effettuare la chiamata all'Impresa di Pompe Funebri</p>	<p>Personale reparti degenza</p>	<p>Comportamenti che favoriscono l'affidamento ad una determinata impresa di pompe funebri</p>	<p>basso</p>	<p>Il processo è governato da normativa convertita in procedure interne, la cui applicazione è verificata dalla DS</p>

Allegato 2 B - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Registro degli eventi rischiosi

<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>6</p>	<p>Gestione degli incarichi esterni del personale dipendente</p>	<p>Gestione dei percorsi di autorizzazione alla effettuazione di interventi di interventi congressuali retribuiti</p>	<p>- Il Professionista a cui vengono proposti incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza invia mail alla DS allegando lettera di incarico e comunicazione dei conflitti di interesse, - Direttore Sanitario risponde autorizzando o negando la richiesta</p>	<p>DS, Professionista</p>	<p>Professionisti accettano incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza che hanno interesse ad indirizzare l'acquisizione di beni o servizi, o la prescrizione di farmaci e dispositivi</p>	<p>basso</p>	<p>Il processo è governato da normativa convertita in procedure interne, la cui applicazione è verificata dalla DS</p>
--	----------	--	---	--	---------------------------	--	--------------	--

SC Farmacia

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Approvvigionamento farmaci oncologici	1.1 Introduzione nuovi farmaci oncologici ad alto costo	Il Medco invia la richiesta al Direttore di Farmacista tramite il Farmacista di Patologia, la richiesta è autorizzata dal Direttore di Farmacia. Nel caso in cui il farmaco non sia ancora in prontuario viene autorizzato, oltre che dal Dir. Farmacia, a anche dal Direttore Sanitario	Dir. Farmacia	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e norme esterne e verificato nella sua applicazione.
			1.2 Gestione degli ordini di farmaci	Settimanalmente vengono richiesti farmaci al magazzino di Pievestina; sono previste rotazioni differenti in funzione del costo del farmaco e della loro frequenza di utilizzo	Farmacista	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e norme esterne e verificato nella sua applicazione

	2	Prescrizione	2.1 Prescrizione di farmaci (particolari) ad alto costo	Il Medico valuta la terapia e predisporre il piano terapeutico informaticamente, tale terapia viene discussa nel gruppo di patologia e valutata dal farmacista di patologia (primo giorno - primo ciclo) in anticipo rispetto al momento di prescrizione per la somministrazione - tempo necessario per la verifica del farmacista	Farmacista di patologia	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e norme esterne e verificato nella sua applicazione
--	---	--------------	---	--	-------------------------	---	-------	--

SC Unità Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
	1	Proposta studio clinico promosso da Azienda Farmaceutica	Sottomissione studio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione all'avvio, conduzione e arruolamento pazienti	<ul style="list-style-type: none"> - Firma Confidential Agreement del PI - invio questionario di fattibilità - discussione collegiale interesse alla partecipazione - invio al Comitato Medico Scientifico - collaborazione alla stesura dei documenti per autorizzazioni del Comitato Etico - delibera attivazione studio - Site Initiation Visit - avvio studio - arruolamento pazienti 	Principal Investigator (PI). La delibera di attivazione studio è firmata dal Direttore Sanitario, delegato dal Direttore Generale	Medici accettano di partecipare a studi clinici proposti da aziende farmaceutiche che hanno interesse ad indirizzare la prescrizione dei farmaci nella attività clinica al di fuori dello studio	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e norme esterne

<p>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</p>	<p>2</p>	<p>Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit</p>	<p>Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit</p>	<p>- Stipula della convenzione, - Gestione del grant</p>	<p>Ufficio Ricerca, UBSC, Direzione Sanitaria, Servizio Bilancio</p>	<p>Comportamenti dei medici che possano favorire l'arruolamento di pazienti non idonei alla sperimentazione clinica al fine di incrementare il ricavo per l'istituto associato alle attività connesse</p>	<p>BASSO</p>	<p>I grant non venono ripartiti tra gli sperimentatori ma vengono reinvestiti in attività di ricerca IRST. Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e monitorato dai promotori</p>
--	----------	--	--	--	--	---	--------------	--

SSD Ricerca, Trasferimento Tecnologico e Formazione

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Gestioni pubblicazioni scientifiche	Gestione pubblicazioni scientifiche	<ul style="list-style-type: none"> - ricevimento richiesta - registrazione - gestione richiesta (invio a madrelinua inglese per controllo, effettuazione editing, controllo e autorizzazione fatture) - censimento registrazione pesatura delle pubblicazioni - interventi correttivi - reporting al Ministero della Salute 	Resp. SSD URTTF	Condotta scientifica scorretta del ricercatore al fine di favorire un soggetto esterno (es. azienda farmaceutica) che può anche comportare mancata o false comunicazioni al Ministero della Salute	BASSO	Il processo definito dalle modalità di reporting ed è vincolato al rispetto di regole definite dal Ministero della Salute, che effettua controlli sistematici sulle pubblicazioni; viene svolto secondo procedure interne sottoposte a verifica da parte dell'OdV
	2	Formazione interna	Formazione residenziale in collaborazione con azienda esterna	<ul style="list-style-type: none"> - ricevimento proposta di evento formativo con allegato il programma predisposto dal Responsabile Scientifico tenendo conto della policy Irst (assenza logo dell'azienda e presentazione delle pipelines e molecole farmaceutiche) - verifica da parte di UF del programma predisposto dal Responsabile Scientifico 	Resp. Formazione URTTF	Autorizzazione ad effettuare eventi formativi residenziali che possono essere veicolo di propaganda o favorire la vendita di beni o servizi all'Istituto da parte di Aziende private o Società	BASSO	Il processo prevede la verifica da parte dell'Ufficio Formazione del programma redatto dai professionisti IRST/Responsabile Scientifico secondo policy aziendale

3	Formazione esterna	Gestione dei percorsi di autorizzazione delle proposte formative; gestione del budget per la formazione	<ul style="list-style-type: none"> - ricevimento proposta - richiesta ai responsabili di struttura di identificazione del partecipante - richiesta nulla osta della Direzione Sanitaria alla partecipazione del professionista - replica alla proposta e messa in contatto diretto dell'Azienda con il Professionista 	Resp. Formazione URTTF	Rilascio autorizzazione ad accedere a formazione esterna "sponsorizzata" (ovvero sostenuta economicamente da aziende private) senza verifica di coerenza con la policy e la programmazione dell'Istituto	BASSO	Il processo di partecipazione alla formazione sponsorizzata è monitorato e prevede la valutazione del conflitto di interesse da parte del superiore gerarchico che assicura la partecipazione sulla base delle competenze e del principio di rotazione
---	--------------------	---	---	------------------------	--	-------	--

URP & Comunicazione

MAPPATURA						ANALISI DEL RISCHIO		
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (BASSO, MEDIO, ALTO)	MOTIVAZIONE
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1	Informazione e orientamento dell'Utente	Informazione al paziente che fa richiesta di accesso al Fondo di solidarietà, istruttoria pratica e acquisizione esito istruttoria per comunicazione al paziente	Informazione al paziente, acquisizione della sua volontà, invio documentazione alle Strutture coinvolte, acquisizione esito della valutazione e invio risposta al paziente	Coordinatore URP	Autorizzazione alla cura gratuita a pazienti stranieri non coperti da SSN e non caratterizzati da requisiti di idoneità	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e sottoposto a verifica da parte dell'OdV
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	2	Fund Raising	Gestione donazioni a favore dell'IRST (denaro, beni/attrezzature, eredità/legati)	URP e Comunicazione, raccolte le esigenze IRST, promuove la possibilità di effettuare donazioni a potenziali donatori (Aziende e Persone Fisiche), cura l'istruttoria per la pratica e la rendicontazione al donatore e alle Strutture IRST	Coordinatore Ufficio Stampa	Mancata verifica dell'esistenza di conflitto di interessi con il donatore (persona fisica o giuridica), a suo vantaggio	BASSO	Il processo è vincolato al rispetto di procedure interne e sottoposto a verifica da parte dell'OdV

Allegato 2 B - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Registro degli eventi rischiosi

			<p>Sponsorizzazioni (non di studi clinici)</p>	<p>URP e Comunicazione riceve richieste di sponsorizzazione da Aziende e Persone Fisiche, cura l'istruttoria per la pratica supportato da professionista legale e la successiva rendicontazione</p>	<p>Coordinatore Ufficio Stampa</p>	<p>Accettazione di sponsorizzazioni in assenza di contratti che ne definiscono l'oggetto, il perimetro, la durata e la coerenza tra i volumi erogati e la portata della sponsorizzazione</p>	<p>BASSO</p>	<p>Il processo è vincolato al rispetto della normativa di settore; le valutazioni nel merito vengono effettuate con il supporto di un legale</p>
--	--	--	--	---	--	--	--------------	--

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Area Giuridico Amministrativa

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	COMPORAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Acquisizione e progressione del personale	1	Reclutamento	1.1 Definizione dei criteri di accesso alla posizione	In base al profilo messo a bando si redige il bando di concorso in relazione al DPR di riferimento. Qualora si trattasse di rapporti Libero professionali o di collaborazione si segue il regolamento predisposto all'uso	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" per la posizione da ricercare per favorire il candidato in posizione di LP 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; inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.	Il comportamento del personale coinvolto nel processo descritti attiene al rispetto dei seguenti regolamenti e procedure: RE08 Regolamento IRST IRCCS "Gestione del processo di selezione e assunzione del personale" approvato dal CdA (inclusa richieste autocertificazioni dichiarazioni non incompatibilità e non inconferibilità), CCA applicato, Atto Aziendale IRST IRCCS, Codice Etico, Comportamentale, anche ai sensi del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001. Il rischio che vi era in passato circa la personalizzazione dei requisiti è stato quasi del tutto eliminato dall'asseveramento dell'Istituto alle disposizioni impartite dal D.P.R. 220/2001 per il comparto e 483/1997 per la dirigenza. In questi dispositivi sono già codificati i requisiti di partecipazione ai concorsi.	Nulla da segnalare	Regolamentazione, trasparenza, gestione conflitto di interessi	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Pubblicazione in società trasparente	100%	Dir. SGRU	RT e OAV
			1.2 Nomina della commissione	Si sceglie la commissione in base al regolamenti applicati ed alla normativa concorsuale tramite sorteggio, la commissione è nominata dal DG	Commissione non imparziale, membri non scelti sulla base della loro professionalità	I membri della commissione sono scelti per ragioni organizzative e correlazione ai temi oggetto della selezione. Sono scelti dalla Direzione strategica ed i membri sottoscrivono delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse. Per quanto attiene ai concorsi le commissioni sono sorteggiate come previsto dai D.P.R. 220/2001 e 483/1997.	Nulla da segnalare	Regolamentazione, gestione conflitto di interessi	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Verifiche a campione da parte di OdV e RPC	presenza di verbale	OdV e RPC	OdV e RPC
			1.3 Valutazione	La commissione assegna i punteggi in base ai DPR applicati	Criteri propedeutici per avvantaggiare un candidato	La commissione prepara le domande di esame, generalmente quiz, nella data di esecuzione della prova. Inoltre è previsto dal regolamento che la correzione avvenga in modo completamente anonimo (sono esclusi gli elaborati che presentano segni distintivi) così facendo il rischio si abbassa notevolmente.	Nulla da segnalare	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Disponibilità verbali	presenza di verbale	SGRU	Dir. SGRU
Acquisizione e progressione del personale	2	Progressioni di carriera	Progressioni economiche e di carriera	In base alla regolamentazione aziendale, si procede con le progressioni economiche	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	Statuto IRST IRCCS, CCA applicabili, Regolamento incarichi di funzione, Accordo aziendale Progressione Economica Orizzontale, Atto Aziendale IRST IRCCS, Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, Regolamento per l'affidamento delle strutture complesse	Nulla da segnalare	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Pubblicazione in società trasparente degli incarichi di funzione	100%	Dir. SGRU	RT e OAV
			Valutazione del personale e processo di conferimento incarico	In base alla regolamentazione aziendale si procede con l'assegnazione per bandi interni ed esterni di incarichi dirigenziali	Valutazione non trasparente o non veritiera al fine di non interrompere processi di progressione di carriera	Statuto IRST IRCCS, CCA applicati, Atto Aziendale IRST IRCCS, Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, regolamento Organismo Aziendale di Valutazione, Accordo Produttività Comparto, Accordo Produttività Dirigenti Medici, Accordo Produttività Dirigenti SPTA, regolamenti valutazione personale comandato	Nulla da segnalare	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Pubblicazione in società trasparente degli incarichi di funzione	100%	Dir. SGRU	RT e OAV
			Premialità	In base al raggiungimento degli obiettivi di budget annuali vengono assegnate le premialità per ciascun operatore	Vantaggi economici accordati impropriamente	Il sistema premiante vede la valutazione degli obiettivi cui sono legate le premialità ad opera di un organismo indipendente esterno. secondo regolamento d'Istituto	Nulla da segnalare	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Pubblicazione in società trasparente degli incarichi di funzione	100%	Dir. SGRU	RT e OAV
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	3	Conferimento incarichi di collaborazione esterna	Processo di monitoraggio degli incarichi extra istituzionali dei professionisti	Applicazione del regolamento del conflitto di interessi	Corruzione a professionisti finalizzata al favorire una determinata società esterna	Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001. E' stata approvata la procedura per la Gestione delle dichiarazioni dei conflitti di interesse.	Nulla da segnalare	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Verifica di applicazione	Applicazione	SGRU	Dir. SGRU

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Area Provveditorato e Supporto Amministrativo Direzione di Presidio Ospedaliero

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO																														
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio																			
Area affidamento lavori, servizi e forniture	1	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi. Definizione dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto	1.1 Acquisizione di beni e servizi	Predisposizione della documentazione amministrativa e tecnicistica della procedura di acquisto attivata	Eccessiva elencazione e/o specificazione delle caratteristiche/parametri peculiari del prodotto non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità tale da limitare di fatto ab origine la più ampia partecipazione possibile. intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione (RIF linea guida reg 1.1, 1.2, 1.3)	La redazione della programmazione biennale degli acquisti deve essere effettuata nei termini e nei tempi previsti dalla Legge e deve rappresentare il concreto fabbisogno dell'istituto. Le specifiche tecniche di fornitura devono essere identificate seguendo il rigoroso principio di necessità, pertinenza e non eccedenza. I riferimenti a tale processo trovano riscontro nei seguenti atti amministrativi e norme vigenti: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42, 21, 70) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile IO01- Nomina composizione e attività dei Gruppi Tecnici e delle Commissioni di aggiudicazione di beni e servizi di competenza dell'Area Provveditorato. all. IO01 Dichiarazione dei COMPONENTI il GRUPPO TECNICO nominato per la stesura della documentazione tecnica di gara, in merito all'assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi del D.LGS. N. 39/2013 e in generale di non sussistenza di cause di astensione obbligatoria e di conflitto di interesse, ai sensi degli ARTT. 42 E 77 del D.LGS. N. 50/2016, dell'ART. 51 del CODICE DI PROCEDURA CIVILE e dell'ART. 35-BIS DEL D.LGS. N. 165/2001,così come modificato dalla L. N. 190/2012. Obiettivo: garantire il buon andamento, imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità definendo criteri per la composizione e la nomina dei gruppi di lavoro e delle commissioni di aggiudicazione L'assenza di conflitto di interesse favorisce un'autentica descrizione del bisogno dell'Ente con la conseguente declinazione delle caratteristiche del prodotto/servizio da acquisire, nel rispetto della più ampia partecipazione dei concorrenti.	Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. da parte del richiedente l'acquisto e di coloro che definiscono le caratteristiche tecniche del servizio/prodotto da acquistare rispetto al mercato di riferimento. Verifica della disponibilità del mercato relativamente alle esigenze dell'istituto. Ridimensionamento degli standard eccessivamente restrittivi rispetto ai parametri tecnici di legge Motivazione rafforzata degli eventuali innalzamenti dei parametri tecnici di legge. Adeguate e continua formazione operatori. Aggiornamento/verifica dei modelli base. Maggiore conoscenza del mercato (crescita professionale) Definizione della programmazione nei tempi previsti per legge in coordinamento con la programmazione dell'Ausi della Romagna e con il Masterplan di Intercent-ER. Individuazione di attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per l'individuazione delle procedure da inserire nella programmazione in coerenza anche con le scadenze contrattuali. Evidenziazione dello stato di avanzamento delle procedure con specifica reportistica.	Trasparenza, formazione, disciplina del conflitto d'interessi	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Publicazione sul profilo del committente	100%	RUP	RUP																		
																			2	Progettazione della procedura	2.1 Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto. Redazione di atti di gara chiari e completi con un oggetto ben descritto, con base d'asta chiara e criteri di aggiudicazione e valutazione ben definiti. Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificialmente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) Definizione dei requisiti di accesso e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire specificatamente un'impresa (es: clausole di bandi che definiscono requisiti di qualificazione) Requiriti eccessivamente cautelativi che restringono la platea dei partecipanti. Ricorso ad imprese note nelle procedure negoziate 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. (RIF linea guida reg 2,9)	Gli atti di gara unitamente ai requisiti e le capacità professionali degli Operatori Economici devono essere attinenti e proporzionati all'oggetto dell'appalto, tenendo presente l'interesse pubblico ad avere il più ampio numero di potenziali partecipanti, nel rispetto dei principi di trasparenza e rotazione. I riferimenti a tali requisiti sono contenuti nei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42, art. 83) linea guida n. 16 (consultazioni preliminari di mercato) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile".	1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative e ai bandi-tipo ANAC 2) Individuazione di standard di requisiti di partecipazione che pur garantendo adeguata esperienza dei partecipanti consentano la maggior partecipazione possibile rispetto del principio di proporzionalità rispetto del principio di rotazione e inviti plurimi alle procedure negoziate 3) Adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicata e regolamentata	Trasparenza, regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Publicazione sul profilo del committente	100%	RUP	RUP
	3	Selezione del contraente	3.1 Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	La Commissione giudicatrice o il Gruppo di esperti (a seconda della tipologia di procedura) procede alla valutazione delle offerte o dei preventivi pervenuti sulla base dei criteri predefiniti.	Valutazione soggettiva al fine di favorire specificatamente un'impresa o di manipolarne gli esiti. Condizionamento nella valutazione dell'offerta derivanti da esperienze contrattuali precedenti - conoscenza della partecipante - in capo ai membri della commissione. (RIF linea guida reg 3,7)	I requisiti di valutazione si devono identificare nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza. I riferimenti per l'individuazione di tali requisiti vanno definiti nel rispetto dei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42,) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile linee guida ANAC n. 5 IO01- Nomina composizione e attività dei Gruppi Tecnici e delle Commissioni di aggiudicazione di beni e servizi di competenza dell'Area Provveditorato. REV 2020. all. IO01 Dichiarazione dei COMPONENTI il GRUPPO TECNICO nominato per la stesura della documentazione tecnica di gara, in merito all'assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi del D.LGS. N. 39/2013 e in generale di non sussistenza di cause di astensione obbligatoria e di conflitto di interesse, ai sensi degli ARTT. 42 E 77 del D.LGS. N. 50/2016, dell'ART. 51 del CODICE DI PROCEDURA CIVILE e dell'ART. 35-BIS DEL D.LGS. N. 165/2001,così come modificato dalla L. N. 190/2012.	Terzietà della commissione: eventuale presenza di almeno un membro esterno dotato di adeguate e comprovate competenze. Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazioni sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito. Utilizzo della IO01 anche per procedure di affidamento diretto con richiesta di preventivo pubblica	Trasparenza, disciplina del conflitto d'interessi	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	- Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse della commissione - Pubblicazione della commissione di gara sul sito aziendale	100%	RUP	RUP																		
																			3.2 Per appalti di lavori forniture e servizi valutazione oggettiva comparativa	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala.	Non rilevazione di una anomalia di offerta al fine di favorire specificatamente un'impresa ammettendo offerte non congrue o escludendo offerte congrue. Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche (RIF linea guida reg 3,10)	La verifica delle offerte anomale devono avvenire in rigoroso accordo con gli atti e le norme di seguito citate: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42, art. 97) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile linee guida ANAC Gli operatori economici forniscono, su richiesta della stazione appaltante, spiegazioni sul prezzo o sui costi proposti nelle offerte se queste appaiono anormalmente basse, sulla base di un giudizio tecnico sulla congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità dell'offerta. La stazione appaltante deve valutare le spiegazioni secondo principi di oggettività, idoneità pertinenza e congruità	1) Applicazione rigorosa degli algoritmi di calcolo; 2) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 3) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc; 4) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta	Trasparenza, regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Da mantenere	Decisione assunte sono trasmesse a tutti i partecipanti alla procedura di gara	100%	RUP	RUP			
																																		3.3 Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle modalità di revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificialmente i tempi di affidamento (RIF linea guida reg 3,14)

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

4	Procedure negoziate	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Nell'aggiudicazione di appalti pubblici, le stazioni appaltanti utilizzano le procedure aperte o ristrette, previa pubblicazione di un bando o avviso di indizione di gara solo a seguito delle verifiche oggettive e rigorose della sussistenza di specifici presupposti. Tali presupposti sono identificati nei seguenti atti o normative: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42, 216, articoli al "CAPO II - PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE PER I SETTORI ORDINARI") DL 76/2020 (cd: Decreto Semplificazioni) convertito in legge 120/2020 Codice Etico Comportamentale (cfr. 6.3) Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile linee guida ANAC	Ricerca di mercato mediante avvisi pubblici, al fine di dare massima trasparenza delle operazioni e per aprire la concorrenza del mercato ed individuare gli operatori economici da invitare; comparazione competitiva tra gli offerenti. Nel caso di acquisti in esclusiva soprassoglia, pubblicazione ex-ante (stipula) dell'aggiudicazione sulla GUUE per 10 giorni consecutivi prima di rendere esecutivo il contratto.	Trasparenza, regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Publicazione documentazione sul profilo del committente e applicazione del regolamento	100%	RUP	RUP					
5	Affidamenti diretti	Individuazione operatore economico per affidamenti entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per forniture o servizi entro i limiti di delega conferita	Abuso della procedura di affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Nell'aggiudicazione di appalti pubblici, le stazioni appaltanti utilizzano le procedure aperte o ristrette, previa pubblicazione di un bando o avviso di indizione di gara solo a seguito delle verifiche oggettive e rigorose della sussistenza di specifici presupposti. Tali presupposti sono identificati nei seguenti atti o normative: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42, "CAPO II - PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE PER I SETTORI ORDINARI") DL 76/2020 (cd: Decreto Semplificazioni) convertito in legge 120/2020 Codice Etico Comportamentale (cfr. 6.3) Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile linee guida ANAC	Utilizzo degli affidamenti diretti nei casi previsti per legge. Utilizzo del mercato elettronico nel caso di acquisti sottosoglia oppure delle piattaforme informatiche disponibili nel caso di acquisti in esclusiva di importo superiore alla soglia comunitaria. Redazione di provvedimenti motivati a supporto della scelta di affidare direttamente l'appalto. Utilizzo IO01 nella scelta del miglior preventivo in caso di indagine di mercato e contestuale richiesta di preventivo con criteri predefiniti in ordine decrescente di importanza.	Trasparenza, regolamentazione, disciplina del conflitto di interessi	Già in atto	Da mantenere	Publicazione documentazione sul profilo del committente e applicazione del regolamento	100%	RUP	RUP					
6	Esecuzione del contratto	6.1 Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	Il RUP procede con la variante acquisiti tutti gli elementi del caso dal DEC e/o dal fornitore	Introduzione di varianti in corso di esecuzione del contratto al fine di favorire il fornitore o mettere in difficoltà il fornitore esistente per favorire un nuovo aggiudicatario (RIF linea guida reg 5,2)	La stazione appaltante deve autorizzare e attuare varianti solo a seguito di una sopravvenuta esigenza (adeguatamente motivata) oggettiva, imprevedibile ed imprevedibile. I riferimenti per tale processo sono contenuti nei seguenti atti amministrativi e norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 30, 36,34,42 art. 106 e art. 149) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 "Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria" ove applicabile linee guida ANAC	Consentire varianti solo se formalmente motivate attraverso provvedimento del dirigente previa approvazione formale della Direzione Generale. Tali varianti devono trovare rigoroso riscontro nei casi previsti dalla normativa vigente	Regolamentazione, trasparenza	Già in atto	Da mantenere	Publicazione sul profilo del committente	100%	RUP	RUP					
		6.2 Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternative a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Vengono individuati sistemi alternativi a quelli giurisdizionali di risoluzione delle controversie in considerazione della non conformità verificatasi	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore. (RIF linea guida reg 5,7)	La risoluzione della esecuzione di un contratto deve avvenire solo a seguito di comprovate e oggettive difformità negli elementi contrattuali essenziali. I riferimenti a tale processo sono contenuti nelle suddette norme e atti amministrativi: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. (cfr. art. 205, 206) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 linee guida ANAC PA13 "Verifica e valutazione dei fornitori"	Clausole contrattuali chiare, puntuali e idonee. Indicazione nei documenti di gara del foro competente. Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Controllo a campione da parte dell'Organismo di Vigilanza e RPC. Rappresentazione nel riesame d'area del Provveditorato delle casistiche relative ai servizi di maggiore rilevanza.	100%	RUP	RUP					
7	Introduzione di attrezzature in comodato d'uso	Gestione degli affidamenti dei comodati d'uso	Valutazione sull'opportunità dell'accesso di beni in comodato d'uso gratuito, non rientranti in contratti relativi alle sperimentazioni cliniche per i quali è previsto uno specifico articolo del template pubblicato sul sito AIFA in data 30/10/2019.	Pressioni per l'adozione di comodato d'uso che comporta utilizzo in esclusiva di componenti, accessori, materiali d'uso, reagenti e canoni di manutenzione	L'introduzione di attrezzature in comodato deve avvenire nel rispetto dei principi di trasparenza ed in rigoroso accordo con la seguente documentazione: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s. m. i. Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 linee guida ANAC PA37 "Ingresso beni in comodato d'uso"; adozione format contratti AIFA per comodati in sperimentazioni cliniche	Procedimenti di approvazione dei comodati basati su più livelli autorizzativi.	Regolamentazione	Già in atto	Da mantenere	Applicazione PA37 "Ingresso di beni in comodato d'uso"	100%	Per le parti di rispettiva competenza: Segreteria della DG, Provveditorato, Tecnologie Biomediche, SPP, U.O. utilizzatrici	Direttore Provveditorato					

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Area Risorse strutturali, Tecnologiche, Informatiche - Servizio Tecnico

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Area affidamento lavori, servizi e forniture	1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento e redazione della documentazione d'appalto sulla base della programmazione acquisti e lavori e delle richieste straordinarie	1.1 produzione documentale	predisposizione della documentazione amministrativa e tecnica	Eccessiva elencazione e/o specificazione delle caratteristiche/parametri peculiari del prodotto tale da limitare di fatto ab origine la più ampia partecipazione possibile.	Le specifiche tecniche di fornitura devono essere identificate seguendo il rigoroso principio di necessità, pertinenza e non eccedenza. I riferimenti a tale processo trovano riscontro nei seguenti atti amministrativi e norme vigenti: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 21) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile Adeguata e continua formazione operatori e maggiore conoscenza del mercato (crescita professionale)	1) Motivazione adeguata degli eventuali innalzamenti dei parametri tecnici 2) pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale 3) avviso ex-post sul sito	1) misura di controllo 2,3) misura trasparenza	1,2,3) in atto	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	Pubblicazione sul sito	100%	RUP	RUP
	2	Requisiti di qualificazione/partecipazione	2.1 Identificazione requisiti di base, nel rispetto della normativa di settore, e di ulteriori requisiti in riferimento ai requisiti specifici della commessa	Identificazione dei requisiti sulla base della tipologia di appalto al fine di garantire l'affidabilità dell'operatore economico	Definizione dei requisiti di accesso e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici del concorrenti al fine di favorire specificatamente un'impresa (es: clausole di bandi che definiscono requisiti di qualificazione).Requisiti eccessivamente cautelativi che restringono la platea dei partecipanti.	I requisiti e le capacità professionali devono essere attinenti e proporzionati all'oggetto dell'appalto, tenendo presente l'interesse pubblico ad avere il più ampio numero di potenziali partecipanti, nel rispetto dei principi di trasparenza e rotazione. I riferimenti per l'identificazione di tali requisiti sono contenuti nei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 83) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile	1) Utilizzo dell'indagine preliminare di mercato 2) pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1,2) misura trasparenza	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	Pubblicazione sul sito	100%	RUP	RUP	
	3	Requisiti di aggiudicazione	3.1 Individuazione requisiti di aggiudicazione	definizione dei criteri qualitativi ed economici al fine di individuare l'aggiudicatario	Definizione dei requisiti di aggiudicazione e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici delle offerte al fine di favorire specificatamente un'impresa.	I requisiti di aggiudicazione si devono identificare nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza. I riferimenti per l'identificazione di tali requisiti sono contenuti nei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 30) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile	1) Utilizzo dell'indagine preliminare di mercato 2) pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1,2) misura trasparenza	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	Pubblicazione sul sito	100%	RUP	RUP	
	4	Valutazione delle offerte	4.1 Valutazione oggettiva dei requisiti di aggiudicazione	Il seggio monocratico o la commissione conducono la valutazione delle offerte	Valutazione soggettiva al fine di favorire specificatamente un'impresa. Condizionamento nella valutazione dell'offerta derivanti da esperienze contrattuali precedenti - conoscenza della partecipante - in capo ai membri della commissione.	I requisiti di valutazione si devono identificare nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza. I riferimenti per l'identificazione di tali requisiti sono contenuti nei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 4) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile linee guida ANAC	1) definizione di criteri di valutazione il più possibile oggettivi 2) acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse della commissione 3) pubblicazione della commissione di gara sul sito aziendale	1) misura di organizzazione del processo 2) misura di controllo 3) misura trasparenza	1,2,3) in atto	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	- acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse della commissione - pubblicazione della commissione di gara sul sito aziendale	50% 100%	RUP	RUP
	5	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	attività di valutazione offerta anomala	Il RUP ed eventualmente supportato dalla commissione valuta la fondatezza delle motivazioni rappresentate dall'aggiudicatario in caso di offerta anomala.	Non rilevazione di una anomalia di offerta al fine di favorire specificatamente un'impresa	La verifica delle offerte anomale devono avvenire in rigoroso accordo con gli atti e le norme di seguito citate: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 97) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile linee guida ANAC Gli operatori economici forniscono, su richiesta della stazione appaltante, spiegazioni sul prezzo o sui costi proposti nelle offerte se queste appaiono anormalmente basse, sulla base di un giudizio tecnico sulla congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità dell'offerta. La stazione appaltante deve valutare le spiegazioni secondo principi di oggettività, idoneità pertinenza e congruità	1) Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa ed inoltre 2) decisione assunte sono trasmesse a tutti i partecipanti alla procedura di gara	1) misura di controllo 2) misura trasparenza	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	decisione assunte sono trasmesse a tutti i partecipanti alla procedura di gara	100%	RUP	RUP
	6	Procedure negoziate	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Individuazione operatore economico con procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Nell'aggiudicazione di appalti pubblici, le stazioni appaltanti utilizzano le procedure aperte o ristrette, previa pubblicazione di un bando o avviso di indizione di gara solo a seguito delle verifiche oggettive e rigorose della sussistenza di specifici presupposti. Tali presupposti sono identificati nei seguenti atti o normative: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 36, art. 216, articoli al "CAPO II - PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE PER I SETTORI ORDINARI") Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile linee guida ANAC	1) Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa 2) pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1) misura di controllo 2) misura trasparenza	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	100%	RUP	RUP
	7	Affidamenti diretti	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	Individuazione operatore economico per incarichi entro i limiti di delega conferita	Abuso della procedura di affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa. Elusione delle regole e scelta arbitraria	Nell'aggiudicazione di appalti pubblici, le stazioni appaltanti utilizzano le procedure aperte o ristrette, previa pubblicazione di un bando o avviso di indizione di gara solo a seguito delle verifiche oggettive e rigorose della sussistenza di specifici presupposti. Tali presupposti sono identificati nei seguenti atti o normative: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 36, articoli al "CAPO II - PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE PER I SETTORI ORDINARI") Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 RE01 - Regolamento acquisizione di beni e servizi e l'affidamento di lavori e servizi attinenti l'architettura e l'ingegneria di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria ove applicabile linee guida ANAC	1) Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa 2) Il processo è governato dal regolamento interno 3) pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1,2) misura di controllo 3) misura trasparenza	1,2,3) in atto	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale e applicazione del regolamento	100%	RUP	RUP
	8	Revoca del bando	Individuazione delle modalità di revoca del bando	Individuazione delle ragioni a supporto della revoca del bando in autotutela	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario	La revoca di una di un bando può avvenire in qualsiasi momento del procedimento ma solo a seguito di esigenze adeguatamente motivate dalla stazione appaltante. A titolo esemplificativo e non esaustivo, potrebbero ravvisarsi gli estremi di una revoca per un errore nella compilazione della scheda tecnica di offerta che non consente la formulazione dell'offerta; per il venir meno del fabbisogno espresso nella gara; per la necessità di riformulare termini sostanziali del procedimento; per sopravvenuta incompetenza amministrativa del Punto Ordinate e/o del RUP. I riferimenti per tale processo sono contenuti nei seguenti atti o norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 linee guida ANAC Legge n. 241 del 1990 art. 21 quinquies Orientamenti giurisprudenziali	1) Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa anche giurisprudenziale 2) adeguata motivazione attraverso provvedimento del dirigente e pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1) misura di controllo 2) misura trasparenza	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale e applicazione del regolamento	100%	RUP	RUP
	9	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Individuazione delle varianti in corso di esecuzione del contratto	DEC/DL propongono a RUP la variante in corso di esecuzione del contratto che il RUP deve formalmente approvare	Introduzione di varianti in corso di esecuzione del contratto al fine di favorire il fornitore o mettere in difficoltà il fornitore esistente per favorire un nuovo aggiudicatario	La stazione appaltante deve autorizzare e attuare varianti solo a seguito di una sopravvenuta esigenza (adeguatamente motivata) oggettiva, imprevista ed imprevedibile. I riferimenti per tale processo sono contenuti nei seguenti atti amministrativi e norme: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 106 e art. 149) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 Le varianti hanno più livelli di approvazione compresa una eventuale valutazione/autorizzazione degli organi Dirigenziali	1) Il processo è governato da elementi disciplinati dalla normativa anche giurisprudenziale 2) Le varianti hanno più livelli di approvazione compresa una eventuale valutazione/autorizzazione degli organi Dirigenziali 3) adeguata motivazione attraverso provvedimento del dirigente e pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale	1,2) misura di controllo 3) misura trasparenza	1,2,3) in atto	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	1,2,3) da mantenere	pubblicazione documentazione di gara sul sito aziendale e autorizzazione organi Dirigenziali	100%	RUP	RUP
	10	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Individuazione dei rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Il RUP individua una definizione delle controversie alternative a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Portare a risoluzione controversie per favorire il fornitore che diversamente potrebbe perdere l'appalto	La risoluzione della esecuzione di un contratto deve avvenire solo a seguito di comprovate e oggettive difformità negli elementi contrattuali essenziali. I riferimenti a tale processo sono contenuti nelle suddette norme e atti amministrativi: Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (cf. art. 4, art. 106 e art. 149) Codice Etico Comportamentale Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 linee guida ANAC PA13 "Verifica e valutazione dei fornitori"	1) Clausole contrattuali chiare, puntuali e idonee. 2) Applicazione della PA13	1,2) misura di controllo	1,2) in atto	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	1,2) da mantenere	applicazione Procedura di verifica e valutazione dei fornitori	100%	RUP

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Area Programmazione Finanziaria

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTEMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1	CICLO ATTIVO	1.1 emissione fatture attive	emissione fatture attive	Duplicazione ovvero superamento del 100% del costo di persone o altri Fattori Produttivi - fatturazione di prestazioni non riconoscibili a carico SSN (sperimentali)	Procedure e controlli dei committenti	1) Procedura Sperimentazioni cliniche e monitoraggio sua applicazione 2) Procedure Ufficio flussi e Dir San e monitoraggio sua applicazione 3) controlli periodici AUSL Romagna e RER 4) controlli su DB Personale allocato su finanziamenti 5) sistema Timesheet per la rilevazione del tempo/lavoro su progetti finanziati	Definizione procedure e verifica applicazione	attivate	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	predisposizione di DB unico delle risorse umane con allocazione % su fonti di finanziamenti	entro 90 gg da fine esercizio	URTF	Co Gest
			1.2 ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	ricevimento donazioni e lasciti da aziende o privati	riciclaggio	nomina referente anticicliaggio e relativo piano di attività	nomina referente anticicliaggio e relativo piano di attività	Definizione procedure e verifica applicazione	in attuazione	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	n.ro accessi del resp anticicliaggio	>= 3	Resp anticicliaggio	Uff Bilancio
			1.3 incassi, solleciti e recupero crediti	incassi, solleciti e recupero crediti	non svolgimento delle attività di sollecito dietro compenso	procedura definita di solleciti periodici con SW gestionale	acquisizione di SW gestionale per i solleciti automatizzati, formazione specifica, obiettivo specifico di budget 2022	formazione, automazione, responsabilizzazione	in attuazione	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	n.ro solleciti annui su tutti i crediti scaduti	>= 2	Uff Bilancio	Uff Bilancio
	2	CICLO PASSIVO	processo autorizzativo e pagamento	processo autorizzativo e pagamento	autorizzazione al pagamento di somme non dovute o per attività non congrue	processo autorizzativo complessivo con molteplicità di controlli incrociati e regole di tracciabilità	il processo è governato dalla normativa su tracciabilità e dalle regole interne del processo autorizzativo	Regolamentazione	in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	n.ro verifiche società di revisione esterna	>= 2	RSM (revisor)	Uff Bilancio
	3	GESTIONE CONTABILE DEL PATRIMONIO	trattamento contabile dei cespiti	trattamento contabile dei cespiti	non individuato rischio specifico di natura corruttiva	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//
	4	PREDISPOSIZIONE BILANCIO PREVENTIVO, BILANCIO D'ESERCIZIO, BILANCIO SOCIALE, RELAZIONE SUL GOVERNO SOCIETARIO	predisposizione documenti contabili e relazioni	predisposizione documenti contabili e relazioni	falso contabile, rappresentazione non veritiera e corretta	forte regolamentazione normativa e interna, elevato livello di controllo con revisione anche volontaria da società esterna	il processo è governato dalla normativa su tracciabilità e dalle regole interne del processo autorizzativo	regolamentazione	in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	n.ro verifiche società di revisione esterna	>= 2	RSM (revisor)	Uff Bilancio
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	5	GESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE E DEL SISTEMA INCENTIVANTE COLLEGATO ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO	5.1 sottoscrizione obiettivi e risorse	negoziazione schede budget	non individuato rischio specifico di natura corruttiva	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//
			5.2 valutazione dei risultati	raccolta dati e informazioni e istruttoria per OAV e Direzione	gestione non corretta del percorso (dati, attestazioni, etc.) che falsi i risultati conseguiti, con erogazione di denaro non dovuta in tutto o in parte	controlli	istituzione OAV e selezione dei componenti con procedura a evidenza pubblica	controlli	in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	istruttoria formale di valutazione motivata sul raggiungimento obbv	entro giugno	OAV	resp Co Gest

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

Direzione Sanitaria

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Liste di attesa	1	Gestione liste d'attesa	Inserimento paziente in lista d'attesa	- Prestaz. Ambulatoriali e Diagnostica: inf. specialista del percorso o medico specialista valuta la richiesta e assegna l'appuntamento per la visita che viene comunicato al paziente da parte dell'accettazione. - Prestazioni di ricovero in degenza: il medico specialista inserisce in nome del paziente in lista d'attesa secondo criteri condivisi e stabili	Pressioni per ottenere il non rispetto dei criteri di inserimento di pazienti in lista d'attesa al fine di favorire qualcuno	I comportamenti degli operatori coinvolti nel processo sono vincolati dal rispetto di requisiti gestionali, organizzativi ed etici descritti nei documenti Codice Etico Comportamentale, e nelle procedure di gestione lista d'attesa, nel Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, definizione criteri di priorità e relativi tempi d'attesa per gruppo di patologia e monitoraggio nei cruscotti budget, gestionale CUP affidato al personale dell'Ufficio Accettazione Amministrativa, procedure percorso paziente in oncologia, radiologia, cardiologia, medicina nucleare, in generale segregazione dei compiti. La Direzione Sanitaria ha investito nel progetto Radioterapia 2.0 e Radiologia 2.0 che affida ad un software, progettato e continuamente verificato dal medico responsabile, l'allocation migliore del paziente in riferimento a priorità clinica di cura, durata del trattamento ed efficiente utilizzo dei posti macchina. La Direzione altresì vigila sull'aderenza alle norme e alle procedure di cui sopra. E' in corso la progettazione del software di gestione delle liste d'attesa per l'inserimento dei pazienti in prima visita. E' in corso un progetto di verifica ed eventuale ridefinizione dei criteri di priorità delle prime visite che insieme all'analisi dei carichi di lavoro delle Unità Cliniche consente di migliorare la gestione della presa in carico del paziente. Adesione ai tempi delle prime visite secondo criteri regionali.	Verifiche a campione su estrazione dati periodico	Regolamentazione, trasparenza, controllo	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Publicazione in società trasparente	100%	RUA	DS
Attività libero professionale	2	Gestione attività libero professionale	Gestione attività libero professionale	- Il professionista richiede autorizzazione alla LP - Il professionista e la DS concordano sugli slot ambulatoriali; le modifiche a eventuali slot devono essere autorizzati dalla direzione sanitaria; ogni anno è previsto un momento di rivalutazione dell'attività - Il SI genera in sezione nel gestionale fatturazione e nella cartella clinica la parte di fatturazione - La DS apre le agende - Uff. Prenotazioni prenota in funzione delle richieste dei pazienti - Il medico esegue prestazione - Il servizio accettazione fattura - La DS controlla che la prestazione sia svolta secondo quanto indicato nella IO18 e fornisce indicazioni al SGRU per il pagamento a 90 gg	Comportamenti dei professionisti che possono favorire il ricorso alla libera professione rispetto all'attività istituzionale	L'Istituto si è dotato di un Regolamento Aziendale sulla Libera Professione, da cui discende l'IO18 "Attività Libero Professionale", che declina per l'IRST la normativa vigente in materia di Libera Professione Intramoenia. In particolare, oltre che nel documento, negli incontri fatti con i professionisti per la presentazione delle modalità di conduzione dell'attività si è ribadito l'obiettivo della stessa, ovvero la possibilità per il cittadino di scegliere il medico da cui ricevere la prestazione o di sottoporsi a visite ed esami non strettamente necessari, secondo linee guida e letteratura, per l'iter di cura relativo alla patologia per la quale è seguito in IRST. Altri documenti di riferimento sono: Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, definizione criteri di priorità e relativi tempi d'attesa per gruppo di patologia e monitoraggio nei cruscotti budget, gestionale CUP affidato al personale dell'Ufficio Accettazione Amministrativa, procedure percorso paziente in oncologia, radiologia, cardiologia, medicina nucleare. La Direzione vigila su numero delle prestazioni per professionista al fine di verificare che non siano superiori a quelle erogate in istituzionale e sui tempi di attesa che non siano inferiori, riservandosi di sospendere l'attività libero professionale qualora tali requisiti non si verificano.	La Direzione Sanitaria effettua verifiche sulla corretta applicazione della IO18 "Attività libero professionale"	Regolamentazione, controlli	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Elaborazione di report di monitoraggio periodico da parte della DS	1 report / anno	Referente DS	Direttore Sanitario
Gestione dei rifiuti	3	Gestione rifiuti	Processo autorizzativo smaltimento rifiuti	- I rifiuti speciali che devono essere smaltiti sono pesati dall'autista della Ditta dei trasporti prima del trasporto, - l'autista riporta sul Formulario Identificativo del Rifiuto (FIR) peso lordo, netto e tara, - il FIR compilato viene firmato da DS o suo delegato e trasmesso tramite posta interna al referente per la compilazione del registro (MUD)	Occultato controlli pesi, quantitativi, modalità di smaltimento, al fine di favorire il fatturato dell'impresa che gestisce l'appalto	I comportamenti sono vincolati dal rispetto di requisiti descritti nella procedura PAD4 "Procedura gestione rifiuti", oltre che Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001. La firma del formulario è a cura del Direttore Sanitario e suoi delegati. La Direzione Sanitaria con il supporto del consulente ambientale IRST in materia vigila sulla corretta gestione dei rifiuti e sulla coerenza del peso dichiarato dalla ditta addetta al ritiro con le attività di cura svolte in Istituto	Adozione di procedura	Regolamentazione, controlli	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Registri compilati a disposizione delle autorità competenti	Registro compilato	DS	DS
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	4	Gestione processo di concessione diritto free care	Autorizzazione alla free care	- Medico comunica l'iter diagnostico-terapeutico previsto, - Ufficio Flussi compila il preventivo. - Accettazione Amministrativa (AA) consegna al paziente il preventivo, - se il paziente non accetta il preventivo causa impossibilità di farsi carico dei costi, consegna all'URP il modulo di "Autocertificazione di indigenza e richiesta di accesso al Fondo di Solidarietà per Assistenza Gratuita", - URP inoltra il modulo alla DS congiuntamente al modulo "Iter diagnostico terapeutico" e al preventivo di spesa, - DS valuta la richiesta sulla base dell'analisi delle informazioni contenute nel modulo e sulla disponibilità del Fondo accertata attraverso il Direttore del Servizio Bilancio (SB) ed eventualmente approva, - il modulo è re inoltrato, debitamente compilato, all'URP che provvede a trasmetterne copia ad AA e a SB, - URP invia comunicazione scritta al paziente	Autorizzazione alla cura gratuita ai pazienti stranieri non coperti da STP e non caratterizzati da requisiti di idoneità	I comportamenti sono vincolati dal rispetto di requisiti di appropriatezza di cura descritti nella procedura PA33 "Gestione pazienti stranieri non SSN e richieste accesso alla Free care" e nelle procedure percorso paziente, nel rispetto di quanto definito nel Codice Etico Comportamentale ai sensi del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001.	Adozione di procedura	Regolamentazione	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	1. Pubblicazione del dato 2. Verifica a campione da parte di OdV e RPC	1. Dato pubblicato 2. Verbali riunioni OdV	1. Responsabile Bilancio 2. OdV e RPC	1. OAV e Resp. Trasparenza 2. OdV e RPC
Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero	5	Attività conseguente il decesso in ambito intraospedaliero	Gestione esternalizzata del servizio mortuario	In caso di decesso i familiari/caregiver vengono informati circa la necessità e responsabilità di contattare l'impresa di Onoranze Funebri e l'orario di permanenza massima della salma all'interno dell'istituto. Nessun operatore IRST è autorizzato ad effettuare la chiamata all'impresa di Pompe Funebri.	Comportamenti che favoriscono l'affidamento ad una determinata impresa di pompe funebri	La Direzione Sanitaria ha fatto assoluto divieto al personale di favorire l'affidamento ad una determinata impresa come ribadito nella procedura PA43 "Gestione paziente deceduto". Altri documenti di riferimento sono Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001.	Adozione di procedura, richiesta di inserimento nel portale regionale Ca.M.E.R. (DGR 172/2022)	Regolamentazione	Da mantenere, domanda di inserimento nel portale Ca.M.E.R.	Da mantenere, in attesa di inserimento nel portale Ca.M.E.R.	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Verifiche a campione in attesa di attivazione portale ad accesso dei caregiver	1 verifica / anno	DS	DS
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	6	Gestione degli incarichi esterni del personale dipendente	Gestione dei percorsi di autorizzazione alla effettuazione di interventi di interventi congressuali retribuiti	- Il Professionista a cui vengono proposti incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza invia mail alla DS allegando lettera di incarico e comunicazione dei conflitti di interesse. - Direttore Sanitario risponde autorizzando o negando la richiesta	Professionisti accettano incarichi esterni per relazioni o interventi di docenza retribuiti da parte di Aziende private o Società di consulenza che hanno interesse ad indirizzare l'acquisizione di beni o servizi, o la prescrizione di farmaci e dispositivi	L'autorizzazione ad attività esterne tipo la partecipazione a eventi che prevedono la retribuzione dei professionisti è subordinata all'approvazione del Direttore Sanitario, che autorizza solo nel caso la richiesta giunga da società che non hanno interessi diretti con l'Istituto. L'autorizzazione al professionista è subordinata alla acquisizione della dichiarazione circa la presenza o meno di un interesse nei confronti di chi lo paga o lo sponsorizza. I comportamenti sono coerenti con quanto descritto nel Codice Etico Comportamentale e Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001.	Verifiche da parte della DS e Ufficio Gestione Risorse Umane sulla partecipazione al di fuori dell'orario di servizio.	Regolamentazione	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Verifica di applicazione	applicazione	DS	DS

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Farmacia

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Approvvigionamento farmaci oncologici	1.1 Introduzione nuovi farmaci oncologici ad alto costo	Il Medico invia la richiesta al Direttore di Farmacia tramite il Farmacista di Patologia, la richiesta è autorizzata dal Direttore di Farmacia. Nel caso in cui il farmaco non sia ancora in prontuario viene autorizzato, oltre che dal Dir. Farmacia, a anche dal Direttore Sanitario.	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	In caso di introduzione di un nuovo farmaco o di una nuova indicazione deve essere compilato specifico modulo come da "Procedura per l'adozione di un nuovo farmaco (PA11) , nel quale vengono esplicitate le motivazioni, la posizione del farmaco rispetto ad AIFA o rispetto al PT Regionale (vincolante) e rispetto anche alla previsione di budget. Tale modulo consta di una prima parte in cui vi è la richiesta firmata dall'oncologo responsabile di patologia , presenta l'istruttoria redatta dal farmacista di patologia e termina con l'autorizzazione finale del Direttore di Farmacia se il farmaco è già previsto in PT Regionale e anche dal Direttore Sanitario nel caso il farmaco non sia ancora stato valutato dalla CT RER o sia un farmaco ancora non negoziato da AIFA (CNN). L'accesso degli informatori farmaceutici è regolamentato nel RE14 "Regolamento concernente le modalità di informazione scientifica sul farmaco", che recepisce la DGR 2309/2016.	Adozione di regolamenti e procedure	Regolamentazione, controlli	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Controlli da parte di Dir. Farmacia, controlli a campione da parte da OdV e RPC	Eventuale presenza di verbale	Dir. Farmacia, OdV e RPC	Dir. Farmacia, OdV e RPC
			1.2 Gestione degli ordini di farmaci	Settimanalmente vengono richiesti farmaci al magazzino di Pievestina; sono previste rotazioni differenti in funzione del costo del farmaco e della loro frequenza di utilizzo.	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	Il Farmacista provvede ad effettuare gli ordini secondo procedura P03 "Logistica", accedendo a disponibilità del Magazzino di Pievestina che gestisce solo farmaci in prontuario e a seguito di aggiudicazione di gara.	Adozione di procedura	Regolamentazione, controlli (inventari)	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Controlli (inventari) en report trimestrale gestione magazzino	Presenza inventari e report	Farmacista	Dir. Farmacia
	2	Prescrizione	2.1 Prescrizione di farmaci (particolari) ad alto costo	Il Medico valuta la terapia e predispone il piano terapeutico informaticamente, tale terapia viene discussa nel gruppo di patologia e valutata dal farmacista di patologia (primo giorno - primo ciclo) in anticipo rispetto al momento di prescrizione per la somministrazione - tempo necessario per la verifica del farmacista.	Rappresentanti di aziende farmaceutiche fanno pressione per l'introduzione o l'incentivazione all'utilizzo di un determinato farmaco o dispositivo a fronte di regalistiche o altri vantaggi ai medici prescrittori o ai farmacisti	In caso di utilizzo di farmaci ad alto costo già inseriti nella pratica clinica la prevenzione del rischio viene effettuata nel seguente modo: la prescrizione viene validata di volta in volta dal farmacista di patologia prima della conferma di terapia per la somministrazione (elegibilità nel registro onco alfa, rispetto eventuale raccomandazione GREFO, verifica se off label). La Direzione della Farmacia, attraverso i collaboratori, effettua monitoraggi di consumo, di spesa e di monitoraggio budget per patologia , a cadenza mensile, di prescrizione sulle raccomandazioni regionali (aderenza alle Raccomandazioni del Grefo - obiettivo di budget per farmacia e gruppi di patologia) a cadenza semestrale (vedi PA11) . In Irst questo tipo di monitoraggio può essere effettuato grazie alla totale informatizzazione del processo di prescrizione dal quale è possibile evincere le richieste di tali raccomandazioni. L'accesso degli informatori farmaceutici è regolamentato nel RE14 "Regolamento concernente le modalità di informazione scientifica sul farmaco", che recepisce la DGR 2309/2016.	Adozione di procedura	Regolamentazione, controlli (reportistica)	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Reportistica mensile, consumi off label, trasversale, per gruppo di patologia, spesa per innovativi	Presenza report	Farmacista	Dir. Farmacia

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SC Unità Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Proposta studio clinico promosso da Azienda Farmaceutica	Sottomissione studio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione all'avvio, conduzione e arruolamento pazienti	- Firma Confidential Agreement del PI - invio questionario di fattibilità - discussione collegiale interesse alla partecipazione - invio al Comitato Medico Scientifico - collaborazione alla stesura dei documenti per autorizzazioni del Comitato Etico - delibera attivazione studio - Site Initiation Visit - avvio studio - arruolamento pazienti	Medici accettano di partecipare a studi clinici proposti da aziende farmaceutiche che hanno interesse ad indirizzare la prescrizione dei farmaci nella attività clinica al di fuori dello studio	L'autorizzazione all'avvio di sperimentazioni cliniche è subordinata alla condivisione nell'ambito degli incontri multidisciplinari del Gruppo di patologia, alla approvazione da parte del Comitato Medico Scientifico, alla approvazione del Comitato Etico competente che agiscono secondo le proprie finalità e si sono dotati di propri regolamenti. Il percorso autorizzativo dalla richiesta di interesse alla nuova proposta di studio fino al termine del progetto è facilitato dalla presenza in Istituto di una unità specifica, l'Unità Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche (UOBSC) ed è regolamentato da procedure interne dell'Istituto che sono coerenti alla normativa nazionale ed internazionale. Si citano, in elenco non esauritivo, le principali: Normativa Italiana e Regole di Buona Pratica Clinica in materia di sperimentazioni Cliniche, Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, PA26 "Procedura Comitato Medico Scientifico", PA27 "Programmazione e pianificazione delle attività di ricerca", PD1 UOBSC "Percorso delle proposte studi clinici", conto economico, monitoraggio dell'Ufficio Programmazione e Controllo Strategico, monitoraggio del Ministero della Salute per il riconoscimento IRCCS, ispezioni autorità competenti (AIFA, FDA, EMA). L'iter prevede l'acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del PI. L'arruolamento dei pazienti negli studi segue le regole GCP, in particolare i clinici acquisiscono i consensi informati dei pazienti.	Formazione sulle normative e sulla gestione della sperimentazione clinica e/o affiancamento di consulenti esperti di settore.	Formazione	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Numero di eventi formativi/anno	Almeno 1 evento formativo / anno	Dir. UOBSC	Direzione Strategica
	2	Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit	Gestione finanziamento da sperimentazioni cliniche profit	- Stipula della convenzione, - Gestione del grant	Comportamenti dei medici che possano favorire l'arruolamento di pazienti non ideali alla sperimentazione clinica al fine di incrementare il ricavo per l'Istituto associato alle attività connesse	I comportamenti dei medici sono costantemente monitorati dal promotore degli studi con periodiche visite di monitoraggio presso l'Istituto, soggetti a audit e ispezioni dalle autorità competenti. L'Istituto si è dotato di una policy in tema di definizione del grant da sperimentazioni cliniche e di gestione dei relativi ricavi provenienti dalle attività nelle sperimentazioni cliniche (grant) che non prevede la ripartizione al personale coinvolto ma la destinazione di tali fondi alle finalità collettive in attività di ricerca proprie dell'Istituto. I comportamenti del team di ricerca è vincolato dal rispetto delle Regole di buona pratica clinica (GCP), normativa italiana di riferimento, Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001, Procedure e Unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche (arruolamento, monitoraggio, grant), IO17 "Codifica e rilevazione delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate", IO24 "Definizione del Corrispettivo Economico per le Sperimentazioni Cliniche Sponsorizzate". A seguito dell'entrata in vigore del DL52-2019, art 2, per ogni sperimentazione clinica con reclutamento attivo, l'IRST provvede a pubblicare sul proprio sito le seguenti informazioni - Titolo della sperimentazione clinica - Sede patologia - Codice Eudract - Promotore - Codice del protocollo - Data Autorizzazione aziendale - Nome e Cognome Principal Investigator (PI) - CV PI (Link).	Nella IO17 e nella IO24 è indicato che i proventi derivanti dalle sperimentazioni non vengono ripartiti tra gli sperimentatori (né nessun altro professionista), ma vengono reinvestiti in attività di ricerca, in modo particolare nella ricerca spontanea; pubblicazione informazioni su sito internet	definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; trasparenza	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Verifiche a campione sulle istruzioni di riferimento, verifiche aggiornamento trimestrale sezione società trasparente sito internet	Verifiche periodiche	OdV e RPCT, OAV	OdV e RPCT, OAV

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

SSD Ricerca, Trasferimento Tecnologico e Formazione

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	1	Gestioni pubblicazioni scientifiche	Gestione pubblicazioni scientifiche	- ricevimento richiesta - registrazione - gestione richiesta (invio a madrelingua inglese per controllo, effettuazione editing, controllo e autorizzazione fatture) - censimento registrazione pesatura delle pubblicazioni - interventi correttivi - reporting al Ministero della Salute	Condotta scientifica scorretta del ricercatore al fine di favorire un soggetto esterno (es. azienda farmaceutica) che può anche comportare mancata o false comunicazioni al Ministero della Salute	L'Istituto ha adottato una policy, descritta in una specifica Procedura di gestione delle pubblicazioni scientifiche P01 (normati nei contratti dei ricercatori: aspetti di riservatezza; proprietà intellettuale; tutela del diritto d'autore), coerente con quanto descritto nel Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001; con le disposizioni fornite dal Comitato Etico ; l'unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche svolge a attività di verifica dell'elaborazione del dato statistico pubblicato	Adozione di procedura interna	definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; regolamentazione;	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Report Ministero della Salute;	1. 1 Report / anno	Ministero della Salute	Ministero della Salute
	2	Formazione interna	Formazione residenziale in collaborazione con azienda esterna	- ricevimento proposta di evento formativo con allegato il programma predisposto dal Responsabile Scientifico tenendo conto della policy Irsi (assenza logo dell'azienda e presentazione delle pipelines e molecole farmaceutiche) - verifica da parte di UF del programma predisposto dal Responsabile Scientifico	Autorizzazione ad effettuare eventi formativi residenziali che possono essere veicolo di propaganda o favorire la vendita di beni o servizi all'Istituto da parte di Aziende private o Società	Predisposizione del programma scientifico da parte di professionisti dell'Istituto. I comportamenti adottati sono coerenti con quanto disciplinato nel Codice Etico Comportamentale, Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001; nel piano annuale di formazione. Introduzione Regolamento n.14 "Regolamento concernente le modalità di informazione scientifica sul farmaco", che recepisce la DGR 2309/2016.		regolamentazione	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Report di monitoraggio	anno (Relazione Annuale F	Resp Formazione URTF	Resp URTFF
	3	Formazione esterna	Gestione dei percorsi di autorizzazione delle proposte formative; gestione del budget per la formazione	- ricevimento proposta - richiesta ai responsabili di struttura di identificazione del partecipante - richiesta nulla osta della Direzione Sanitaria alla partecipazione del professionista - replica alla proposta e messa in contatto diretto dell'Azienda con il Professionista	Rilascio autorizzazione ad accedere a formazione esterna "sponsorizzata" (ovvero sostenuta economicamente da aziende private) senza verifica di coerenza con la policy e la programmazione dell'Istituto.	Ufficio formazione autorizza la formazione esterna, previa autorizzazione del superiore gerarchico del richiedente e della Direzione Sanitaria, solo se coerente con la policy in tema di formazione dell'Istituto, in relazione agli obiettivi di ricerca, cura e assistenza stabiliti dalla Direzione Strategica. I comportamenti adottati sono coerenti con il Codice Etico Comportamentale, il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001. Introduzione Regolamento n.14 "Regolamento concernente le modalità di informazione scientifica sul farmaco", che recepisce la DGR 2309/2016.	Introduzione delle dichiarazioni di interesse, da valutarsi a cura del responsabile gerarchico preliminarmente alla autorizzazione alla partecipazione alla formazione sponsorizzata.	definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; regolamentazione; conflitto di interessi	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Verifica a campione da parte di QdV e RPC, report di monitoraggio	Report / anno (Relazione Annuale Formazione)	Resp Formazione	Resp URTFF

Allegato 2 C - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trattamento del rischio

URP & Comunicazione

MAPPATURA					ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
AREA DI RISCHIO vedi tab.3 pag. 22 All.1 PNA 2019	N. PROCESSO	PROCESSO	SOTTOPROCESSI (attività)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	COMPORTAMENTO A RISCHIO (evento rischioso)	MISURE GENERALI vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	MISURE SPECIFICHE vedi box 11 pag. 40 All.1 PNA 2019	TIPOLOGIA DI MISURE SPECIFICHE	Stato di attuazione al 31/12/2022 (già in atto/da attivare)	Fasi di realizzazione (da mantenere, da attivare)	Tempi attuazione anno 2023	Tempi attuazione anno 2024	Tempi attuazione anno 2025	Indicatore di attuazione	Valore target	Resp. di attuazione	Resp. monitoraggio
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1	Informazione e orientamento dell'Utente	Informazione al paziente che fa richiesta di accesso al Fondo di solidarietà, istruttoria pratica e acquisizione esito istruttoria per comunicazione al paziente	Informazione al paziente, acquisizione della sua volontà, invio documentazione alle Strutture coinvolte, acquisizione esito della valutazione e invio risposta al paziente	Autorizzazione alla cura gratuita a pazienti stranieri non coperti da SSN e non caratterizzati da requisiti di idoneità	I comportamenti sono vincolati dal rispetto di requisiti di appropriatezza di cura descritti nella procedura PA33 "Gestione pazienti stranieri non SSN e richieste accesso alla Free care" e nelle procedure percorso paziente, nel rispetto di quanto definito nel Codice Etico Comportamentale ai sensi del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001,	Publicazione degli stanziamenti nella sezione "Società Trasparente"	Trasparenza	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	1. Pubblicazione del dato 2. Verifica a campione da parte di OdV e RPC	1. Dato pubblicato 2. Verbali riunioni OdV e RPC	1. Responsabile Bilancio 2. OdV e RPC	1. OAV e Resp. Trasparenza 2. OdV e RPC
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	2	Fund Raising	Gestione donazioni a favore dell'IRST (denaro, beni/attrezzature, eredità/legati)	URP e Comunicazione, raccoglie le esigenze IRST, promuove la possibilità di effettuare donazioni a potenziali donatori (Aziende e Persone Fisiche), cura l'istruttoria per la pratica e la rendicontazione al donatore e alle Strutture IRST	Mancata verifica dell'esistenza di conflitto di interessi con il donatore (persona fisica o giuridica), a suo vantaggio	Le donazioni, accettate formalmente dal DG tramite lettera solo qualora siano destinate a finalità collettive dell'Istituto secondo valutazioni della direzione strategica, vengono raccolte da personale terzo, ovvero operatori amministrativi URP, in modo da escludere dai procedimenti figure che potrebbero avere conflitto di interessi, seguendo quanto descritto nella procedura PA 38 "Gestione donazioni a favore dell'IRST", rispettando le disposizioni indicate nel Codice Etico Comportamentale, che recepiscono il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001. In generale vengono destinate a progetti di ricerca selezionati per priorità, specificità e rilevanza in coerenza con la policy aziendale in tema di ricerca, all'acquisizione di beni o attrezzature presenti nel piano investimenti deliberato dal CDA, a formazione dei professionisti coerentemente con il piano formativo aziendale. E' utilizzata la "Scheda di raccolta informazioni sui rapporti tra IRST e soggetto donante" allegata alla PA 38.	E' utilizzata la "Scheda di raccolta informazioni sui rapporti tra IRST e soggetto donante"	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, disciplina del conflitto di interessi	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Verifica a campione da parte di OdV e RPC, report di monitoraggio	Almeno 1 verifica/report /anno	OdV e RPC / autovalutazione	OdV e RPC
			Sponsorizzazioni (non di studi clinici)	URP e Comunicazione riceve richieste di sponsorizzazione da Aziende e Persone Fisiche, cura l'istruttoria per la pratica supportata da professionista legale e la successiva rendicontazione	Accettazione di sponsorizzazioni in assenza di contratti che ne definiscono l'oggetto, il perimetro, la durata e la coerenza tra i volumi erogati e la portata della sponsorizzazione.	Sono esclusi a priori gli accordi con società che hanno finalità o "produzioni" contrastanti con la mission dell'Istituto. I contratti vengono redatti dall'ufficio legale seguendo le deliberazioni ANAC: Deliberazione n. 9 del 08/02/2012 - rif. Fascicolo n. FASC. n°135/2012 d.lgs 163/06 Articolli 2, 26, 90 - Codici 2.1, 26.1, 90.1 Deliberazione n. 72 del 16/11/2010 - rif. Rif. VISI/GE/10/51420 d.lgs 163/06 Articolli 26 - Codici 26.1 Deliberazione n. 48 del 06/11/2008 d.lgs 163/06 Articolli 26 - Codici 26.1 Deliberazione n. 277 del 27/07/2007 d.lgs 163/06 Articolli 26 - Codici 26.1 e firmati dai legali rappresentati delle 2 società, previa verifica che le sponsorizzazioni siano comunque sempre destinate a finalità collettive dell'Istituto.		Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, disciplina del conflitto di interessi	già in atto	da mantenere	da mantenere	da mantenere	da mantenere	Report di monitoraggio	Almeno 1 report / anno	Autovalutazione	RPC

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, oppure le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (<u>link alla sotto-sezione Altri contenuti Anticorruzione</u>)	OBB	Annuale	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		PTPCT comprensivo della presente tabella (anche ai sensi dell'art.7 L.R.1/2012)
	Atti generali	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle società e degli enti	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		Normativa Nazionale e Regionale di riferimento
				Atti amministrativi generali	Directive, atti di indirizzo, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto, anche adottato dall'amministrazione controllante, che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti delle società e degli enti (es. atto costitutivo, statuto, atti di indirizzo dell'amministrazione controllante etc.)	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		Documentazione di indirizzo dell'Istituto
				Documenti di programmazione strategico-gestionale	Directive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		
			Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice di condotta e codice etico	Codice di condotta e codice etico	OBB	Tempestivo	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		Codice etico comportamentale
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organi di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		già pubblicato	CDA i membri del Consiglio di Amministrazione, come specificato nel verbale di nomina dell'Assemblea dei Soci pubblicato in questa sezione, non percepiscono alcun compenso, fatto salvo (su richiesta) il rimborso spese. Pertanto alcune voci diventano "Non applicabili" e altre Facoltative.
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		già pubblicato	
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	FAC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		già pubblicato	
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP			
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	FAC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		entro il primo triemestre successivo all'anno di competenza	
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	N/A							
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	N/A							
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente 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, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	N/A							
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche o del quadro riepilogativo [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della società/ente, la pubblicazione dei dati sensibili)	N/A							
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	N/A							
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato			
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato			

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETÀ TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico	
Organizzazione	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013 se non attribuiti a titolo gratuito CESSATI dall'incarico (art. 14, co. 2) (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato		
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato		
					Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato		
					Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato		
					1) copie delle dichiarazioni dei redditi o dei quadri riepilogativi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi o quadro riepilogativo successivi al termine dell'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 secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della società/ente, la pubblicazione dei dati sensibili)	OBB	Nessuno	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico - già pubblicato		
					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 secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	OBB	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP				
Articolazione degli uffici	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione delle direzioni/uffici e relative competenze	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP			
				Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione della società o dell'ente, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP			
				Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP				
				Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	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	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Società in controllo pubblico Società in regime di amministrazione straordinaria Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 15-bis, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi di collaborazione, consulenza, professionali (da pubblicare in tabelle)	Per ogni incarico di collaborazione, di consulenza o incarico professionale, inclusi quelli arbitrati	OBB	Entro 30 gg dal conferimento (ex art. 15-bis, co. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa					
					1) estremi dell'atto di conferimento dell'incarico	OBB							
					2) oggetto della prestazione	OBB							
					3) ragione dell'incarico	OBB							
					4) durata dell'incarico	OBB							
					5) curriculum vitae del soggetto incaricato	OBB							
					6) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, nonché agli incarichi professionali, inclusi quelli arbitrati	OBB							
					7) tipo di procedura seguita per la selezione del contraente e il numero di partecipanti alla procedura	OBB							
Per ciascun titolare di incarico:													

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Incarico di Direttore generale	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi di direttore generale (da pubblicare in tabelle)	Sintesi dei dati del contratto (quali data della stipula, durata, oggetto dell'incarico)	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	A seguito delle Linee Guida emanate da ANAC con Determinazione n.1134 del 08/11/2017, in quanto società in controllo pubblico, si intende riconoscere in via prudenziale l'applicabilità degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14 ai direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice e Struttura semplice dipartimentale (in precedenza si applicava integralmente l'art.41), mentre "per quanto concerne la pubblicazione dei dati sui dirigenti ex art.14,co.1, lett. c) ed f), del D.Lgs. 33/2013, nelle more della definizione del giudizio pendente dinanzi alla Corte Costituzionale, si rinvia alla Deliberazione dell'ANAC 12 aprile 2017, n. 382".
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro il primo trimestre successivo all'anno di competenza	
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente 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, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	OBB	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi o quadro riepilogativo soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della società/ente, la pubblicazione dei dati sensibili)	OBB	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	OBB	Annuale	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	OBB	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	OBB	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	N/A						
			Art. 47, co. 1 del d.lgs. 33/2013		Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarico di direttore generale	OBB	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
					Per ciascun titolare di incarico:							
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Sintesi dei dati del contratto (quali data della stipula, durata, oggetto dell'incarico)	OBB	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETÀ TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali (e titolari di posizioni organizzative o in ogni altro caso in cui sono attribuite funzioni dirigenziali ai sensi art. 14, co. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	OBB	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	OBB	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	OBB	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP		
Dirigenti cessati	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici+D53	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici+D53	Art. 14, co. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Per ciascun titolare di incarico:							
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	dati sui dirigenti di struttura semplice e complessa la cui pubblicazione risultava obbligatoria ai sensi dell'art.41 + dati Direttore Generale cessato
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l.n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi o del quadro riepilogativo riferiti al periodo dell'incarico (SOLO PER DIRETTORE GENERALE) 2) copia della dichiarazione dei redditi o del quadro riepilogativo successiva al termine dell'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 secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della società/ente, la pubblicazione dei dati sensibili) (SOLO PER DIRETTORE GENERALE)	OBB	Nessuno	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro sei mesi dalla cessazione dell'incarico	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l.n. 441/1982	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 secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (SOLO PER DIRETTORE GENERALE)	OBB	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico					
Dotazione organica	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 16, c. 1 e art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale in servizio	Numero del personale a tempo indeterminato e determinato in servizio.	OBB	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	30-giu	
			Art. 16, c. 2, e art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio Costo complessivo del personale a tempo determinato in servizio	OBB	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	30-giu	

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETÀ TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico	
	Tassi di assenza	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	OBB	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro 90 giorni dalla fine del trimestre		
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico.	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	entro 60 giorni dal conferimento dell'incarico		
	Contrattazione collettiva	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Contrattazione collettiva	Contratto nazionale di categoria di riferimento del personale della società o dell'ente	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					Non applicabile in quanto si applicano contratti collettivi aziendali e non nazionali	
	Contrattazione integrativa	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					Non applicabile in quanto si applicano contratti collettivi aziendali e non nazionali	
Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa	N/A	Annuale					Non applicabile in quanto si applicano contratti collettivi aziendali e non nazionali		
Selezione del personale	Reclutamento del personale	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, co. 16, lett. d) l. 190/2012 Art. 19, co. 2 e 3, d.lgs. 175/2016	Criteri e modalità	Provvedimenti/regolamenti/atti generali che stabiliscono criteri e modalità per il reclutamento del personale	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP			
				Avvisi di selezione	Per ciascuna procedura selettiva: Avviso di selezione Criteri di selezione Esito della selezione	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP			
Performance	Ammontare complessivo dei premi	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Premialità	Criteri di distribuzione dei premi al personale e ammontare aggregato dei premi effettivamente distribuiti	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Direttore Area Giuridico Amministrativa	Referente URP	30-lug		
	Società partecipate	Società in controllo pubblico Enti pubblici economici Enti di diritto privato in controllo	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui la società/ente in controllo pubblico detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in loro favore o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate, da società/ente in controllo pubblico, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP			
					Per ciascuna delle società:	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
					1) ragione sociale	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
					2) misura dell'eventuale partecipazione della società/ente	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
					3) durata dell'impegno	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio della società/ente	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
					5) numero dei rappresentanti della società/ente negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente	
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente						

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico				
Enti controllati			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP		fattispecie non presente				
					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	OBB	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	fattispecie non presente					
					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	OBB	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	fattispecie non presente					
					Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	fattispecie non presente					
			Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, 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 decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	fattispecie non presente					
			Enti di diritto privato controllati		Società in controllo pubblico Enti pubblici economici Enti di diritto privato in controllo pubblico	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo		
								Per ciascuno degli enti:								
								1) ragione sociale	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente	
								2) misura dell'eventuale partecipazione della società/ente	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente	
								3) durata dell'impegno	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente	
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio della società/ente	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione				Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente					
5) numero dei rappresentanti della società/ente negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione				Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente					
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione				Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente					
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione				Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente					
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	OBB		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente				
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	OBB	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente								
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente								
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra società/ente e le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	OBB	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente rapporti con il Consiglio di Amministrazione	Referente URP	entro 30 giugno dell'anno successivo	fattispecie ad oggi non presente						
					Per ciascuna tipologia di procedimento:											
					Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
					Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
					Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
					Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE												
Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013												
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	LADDOVE PREPOSTI ALLO SVOLGIMENTO DI UN'ATTIVITA' AMMINISTRATIVA Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n. 33/2013 (limitatamente all'attività di pubblico interesse)	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					IRST non svolge e/o adotta procedimenti o provvedimenti amministrativi in senso stretto, ad eccezione di quelli relativi agli acquisti che però sono trattati in altra sezione del sito
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) 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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		QUALORA STAZIONI APPALTANTI Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n. 33/2013	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	
Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	OBB	Tempestivo		Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)				Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP	90 giorni	pubblicazione atti	
Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	OBB	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)		Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)				Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP	31-gen	pubblicazione tabella formato html	
Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali (se tenuti alla programmazione ai sensi del Codice dei contratti)	OBB	Tempestivo		Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)				Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP	entro 30gg dall'approvazione del bilancio preventivo	Atti di programmazione aziendale	
				Per ciascuna procedura:								

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico			
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	QUALORA STAZIONI APPALTANTI Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n. 33/2013	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Atti di programmazione aziendale			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Determina a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Publicazione atto specifico di ogni procedura di acquisto			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Collegamento a sezione sito			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		file di riferimento			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte I, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	N/A	Tempestivo								Non applicabile da normativa di riferimento applicata all'IRST
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Collegamento a sezione sito			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Collegamento a sezione sito			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Collegamento a sezione sito			
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	OBB	Tempestivo	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		Collegamento a sezione sito			

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETÀ TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE													
Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013													
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico	
			Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	N/A	Tempestivo					abrogato dall'art. 217 del d.lgs. n. 50 del 2017 come integrato dal d.lgs. n. 56 del 2017	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	OBB	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Direttore Servizio Acquisti e Direttore Servizio Tecnico (per gli atti di competenza propria)	Referente URP		pubblicazione tabella formato html	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP			
			Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed 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	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati			
	Atti di concessione	Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n. 33/2013 limitatamente all'attività di pubblico interesse	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) importo del vantaggio economico corrisposto	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo cui è attribuita la responsabilità dell'istruttoria o della concessione della sovvenzione/contributo/sussidio/vantaggio economico	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	OBB	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
				Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	OBB	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicati		
Bilanci	Bilancio	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. 33/2013 (ove l'adozione del bilancio sia prevista dalla disciplina di settore) per attività di pubblico interesse	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4, d.lgs. 175/2016	Bilancio di esercizio	Bilancio di esercizio in formati integrale e semplificata, anche con ricorso a rappresentazioni grafiche	OBB	Annuale (entro 30 gg dalla data di approvazione)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 30 giorni dalla data di approvazione		
			Art. 19, co 5, 6 e 7 d.lgs.	Obiettivi sul complesso delle spese	Provvedimenti delle p.a. socie che fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	N/A	Tempestivo					AI SENSI DELL'ART. 26, C.6, D.LGS. N. 175/2016, LA DISCIPLINA DI CUI ALL'ART.19 NON SI APPLICA ALLE SOCIETÀ A PARTECIPAZIONE PUBBLICA NEBULIFERA	

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013												
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
	Provvengimenti	Società in controllo pubblico	175/2016	di funzionamento	Provvengimenti/contratti in cui le società in controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, fissati dalle p.a. socie	N/A	Tempestivo					PARTECIPAZIONE PUBBLICA DERIVANTI DA UNA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE COSTITUTE AI SENSI DELL'ARTICOLO 9-BIS DEL D.L.GS. N. 502 DEL 30 DICEMBRE 1992
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti. E' consentita la pubblicazione dei dati in forma aggregata, indicando il numero degli immobili, per particolari e adeguatamente motivate ragioni di sicurezza,	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 60 giorni da eventuale variazione già pubblicato	
	Canoni di locazione o affitto	Enti pubblici economici	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti. E' consentita la pubblicazione dei dati in forma aggregata, indicando il totale dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti, per particolari e adeguatamente motivate ragioni di sicurezza,	OBB	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	Rilevazione in sede di chiusura del bilancio	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organo di controllo che svolge le funzioni di OIV	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012	Organo di controllo che svolge le funzioni di OIV	Nominativi	OBB		Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		OAV
				Atti dell'organo di controllo che svolge le funzioni di OIV	Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	OBB	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		
	Organi di revisione amministrativa e contabile			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di esercizio	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 60 giorni dalla data di approvazione del bilancio di esercizio	
	Corte dei conti	Società ed enti sottoposti al controllo della Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle società/enti e dei loro uffici	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					Non applicabile ai sensi del Dlgs 175/16	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Qualora concessionari di servizi pubblici: Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co. 3 d.lgs. n. 33/2013	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	FAC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente Ufficio Relazioni con il Pubblico	Referente Ufficio Relazioni con il Pubblico	Referente URP	già pubblicato	
	Class action		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	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 di un servizio	N/A	Tempestivo					
			Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	N/A	Tempestivo					
			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	N/A	Tempestivo					
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	FAC	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	30-giu		
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Referente Direzione Sanitaria	Referente Direzione Sanitaria	Referente URP	60 giorni dalla chiusura del semestre		
Servizi in rete	Società, interamente partecipate da enti pubblici o con prevalente capitale pubblico inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT)	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	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.	N/A	Tempestivo						

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Al sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013

Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Pagamenti	Dati sui pagamenti		Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	OBB	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 60 gg dalla chiusura del trimestre	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici limitatamente all'attività di pubblico interesse	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	OBB	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 60 gg dall'approvazione del bilancio di esercizio annuale	
					Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	OBB	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP		
	IBAN e pagamenti informatici		Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	OBB	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	entro 60 gg dall'approvazione del bilancio di esercizio annuale
Nelle richieste di pagamento: 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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento					OBB	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP			
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n.33/2013 (nei casi in cui società ed enti producano documenti di società in controllo pubblico)	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti").	OBB	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Servizio Tecnico	Direttore Servizio Tecnico	Referente URP		Gli obblighi qui richiesti, sono già ricompresi nella sezione bandi di gara e contratti. Inoltre si è in attesa dell'implementazione delle prescrizioni emanate con il DM "Schemi tipo sulla programmazione" 16/01/2018 n° 14
			Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	OBB	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Servizio Tecnico	Direttore Servizio Tecnico	Referente URP		
	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	OBB	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Servizio Tecnico	Direttore Servizio Tecnico	Referente URP				
Informazioni ambientali		Le aziende autonome e speciali, gli enti pubblici ed i concessionari di pubblici servizi, nonché ogni persona fisica o giuridica che svolga funzioni pubbliche commesse alle tematiche ambientali o eserciti responsabilità amministrative sotto il controllo di un organismo pubblico	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013; art. 2, co. 1, lett. b), d.lgs. 195/2005	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	N/A	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE												
Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013												
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, oppure le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	OBB	Annuale	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP	da disposizioni normative	
			Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nominativo e recapito del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	OBB	Tempestivo	Responsabile Anti Corruzione	Responsabile Anti Corruzione	Referente URP	già pubblicato	
			Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	OBB	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile Anti Corruzione	Responsabile Anti Corruzione	Referente URP	già pubblicato	
			Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	OBB	Tempestivo	Responsabile Anti Corruzione	Responsabile Anti Corruzione	Referente URP		
Altri contenuti	Accesso civico	Società in controllo pubblico Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n.33/2013	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza/o del soggetto 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 e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	OBB	Tempestivo	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		
			Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria	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	OBB	Tempestivo	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		
			Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti relativi alle attività di pubblico interesse, ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione	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	N/A	Tempestivo					
			Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	OBB	Annuale	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Referente URP		
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Società, interamente partecipate da enti pubblici o con prevalente capitale pubblico inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT)	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	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.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	N/A	Tempestivo					Non applicabile per carenza di ambito soggettivo
			Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	N/A	Annuale					Non applicabile per carenza di ambito soggettivo
			(ex art.41, DL 76/2020, convertito in L. 120/20)	tabella CUP di progetti investimento pubblico	Tabella CUP investimenti pubblici	OBB	Annuale	Direttore Aquisit e Direttore Servizio Tecnico e Direttore Ufficio Ricerca	Direttore Aquisit e Direttore Servizio Tecnico e Direttore Ufficio Ricerca	Referente URP	Entro approvazione del PTCP	Tabella Cup
		Società in controllo pubblico	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012		Dati, informazioni e documenti ulteriori che società ed enti non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	FAC					

Allegato 3 - Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 - Trasparenza 2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "SOCIETA' TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE												
Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 33/2013, al fine di evitare duplicazioni, l'obbligo di pubblicazione è assolto anche mediante collegamento ipertestuale che, tramite link, colleghi la sezione "Amministrazione/società trasparente" con altra sezione del sito o con siti di altre amministrazioni/enti in cui sono pubblicati dati, informazioni e documenti dello stesso tipo e formato di quelli previsti dal d. lgs. 33/2013												
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ambito soggettivo	Aggiornamento	Responsabile della produzione	Responsabile della trasmissione	Responsabile della pubblicazione	Tempistica di applicazione	Contenuto informativo specifico
Altri contenuti	Dati ulteriori	Enti di diritto privato in controllo pubblico Enti pubblici economici Società partecipate Enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co.3, d.lgs. n.33/2013	Art. 2 D.lgs 52/2019	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Elenco delle sperimentazioni cliniche interventistiche con farmaco con reclutamento pazienti attivo	OBB	Trimestrale	Direttore UBSC	Direttore Servizio Informatico	Referente URP	01/02/2020	Tabella con dati riferiti ai contenuti dell'obbligo
			Art. 10, c.4, L. 24/2017		Denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa	OBB		Responsabile Treasparenza	Responsabile Treasparenza	Referente URP		Polizza RTC IRST
			Art. 4, c.3, L. 24/2017		Dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.	OBB	Annuale	Responsabile Treasparenza	Responsabile Treasparenza	Referente URP	30-giu	pubblicazioni effettuate ai sensi della Legge 24/2017
			Art. 2, c.5, L. 24/2017		Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto	OBB	Annuale	Responsabile Treasparenza	Responsabile Treasparenza	Referente URP	30-giu	
					Bilancio di missione	FAC	Biennale	Direttore Bilancio	Direttore Bilancio	Referente URP	già pubblicato	
					Indagine soddisfazione utenti e link alla procedura di riferimento	FAC		Referente Ufficio Relazioni con il Pubblico	Referente Ufficio Relazioni con il Pubblico	Referente URP	60 giorni dalla presa d'atto della Direzione	