IRE ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA ISG ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO
ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

DELIBERAZIONE N. **135** DEL **30/01/2020**

OGGETTO: Approvazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022

Esercizi/o . Centri/o di costo . **- Importo presente Atto: € .** **- Importo esercizio corrente: € .** Budget **- Assegnato: € .** **- Utilizzato: € .** **- Residuo: € .** **Autorizzazione n°: .** Servizio Risorse Economiche: **Cinzia Bomboni**	STRUTTURA PROPONENTE **UOC A.A.G.G. e Legale** Il Dirigente Responsabile **Cinzia Bomboni** Responsabile del Procedimento **Massimo Campanella** L'Estensore **Massimo Campanella** Proposta n° DL-150-2020
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 30/01/2020 IL DIRETTORE SANITARIO **Branka Vujovic**	**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO** Positivo Data 30/01/2020 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO **Laura Figorilli**

Parere del Direttore Scientifico IRE **Segreteria Direzione Scientifica IRE** data 30/01/2020 Assente

Parere del Direttore Scientifico ISG **Aldo Morrone** data 30/01/2020 Positivo

La presente deliberazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:
- Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022

VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

VISTA la Legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

VISTA la Legge 6 novembre 2012, n. 190 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

VISTA la circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n. 1 del 25 gennaio 2013, concernente "Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

VISTO il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 avente ad oggetto: "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

VISTO il Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 avente ad oggetto: "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50, della Legge n. 190/2012";

VISTO il DPR del 16 aprile 2013 avente ad oggetto: "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Decreto Legislativo 20 marzo 2001, n. 165";

VISTO il Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 avente ad oggetto: "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la Legge 30 novembre 2017, n. 179 avente ad oggetto: "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";

PRESO ATTO del primo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013) adottato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, ottenuta l'approvazione dalla Civit – ANAC.
delle successive delibere dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione:

- n. 12 del 28 ottobre 2015 contenente la determinazione di aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- n. 831 del 3 agosto 2016 contenente la determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- n. 1208 del 22 novembre 2017 contenente la determinazione di approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- n. 1074 del 21 novembre 2018 contenente la determinazione di approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- n. 1064 del 13 novembre 2019 contenente la determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019;

RICHIAMATE le delibere degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO):
- la deliberazione n. 102 del 31.01.2019 avente ad oggetto: "Aggiornamento Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021";
- la deliberazione n. 519 del 29.06.2019 avente ad oggetto: "Integrazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021 di cui alla deliberazione n. 102/2019";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 2 luglio 2019, n. UOO248 con cui la Regione Lazio ha approvato l'Atto degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) I.R.C.C.S. Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e I.R.C.C.S. Istituto Dermatologico San Galligano adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 489 del 03.06.2019, come integrata e convalidata dalla deliberazione n. 557/2019, che sostituisce il precedente Atto Aziendale approvato con DCA n. UOO149/2015;

CONSIDERATO che il nuovo Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022 è stato sottoposto all'esame dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nella seduta del 23 gennaio 2020 e dallo stesso organismo validato;

RITENUTO pertanto di doversi procedere all'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativamente al triennio 2020-2022", da allegare al presente Atto per diventarne parte integrante e sostanziale;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi dei criteri di economicità ed efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge n. 291/90, come modificata dalla Legge n. 15/2005;

ATTESTATO in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio.

Propone

Per i motivi espressi in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- di approvare e il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativamente al triennio 2020-2022", allegato al presente Atto per diventarne parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

Il Dirigente della UOC A.A.G.G. e Legale

Cinzia Bomboni

Il Direttore Generale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

In Virtù dei poteri conferitigli dal Presidente della Regione Lazio con Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Preso atto altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;

ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente "*Approvazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022*" e di renderla disposta.

Il Direttore Generale
Dott. Francesco Ripa di Meana
Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IRE ISG
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA
ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO
ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza

2020 - 2022

INDICE

Premessa

CAPITOLO I - IL CONTESTO DEGLI IFO

1. Analisi del contesto

1.1 Contesto Esterno

1.2 Contesto Interno

CAPITOLO II - GESTIONE DEL RISCHIO "CORRUZIONE"

2. Analisi Del Rischio

2.1 Mappatura dei Processi

2.2 Valutazione del rischio corruzione

2.3 Trattamento del rischio

CAPITOLO III – ANALISI DELLE AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE

3. Acquisizione e progressione del personale (reclutamento, progressione di carriera. Conferimento incarichi)

3.1 Incarichi dirigenziali di Struttura Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale

3.2 Incarichi di Comparto

3.3 Incarichi extraistituzionali

3.4 Incarichi a soggetti esterni

3.5 Affidamento di lavori, servizi e forniture

3.6 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

CAPITOLO VI - ANALISI DELLE AREE DI RISCHIO GENERALI

4.1 Gestione delle entrate, delle spese

4.2 Gestione del patrimonio

4.3 Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

4.4 Contenzioso

4.5.1 Contratti pubblici: fase di programmazione e fase di progettazione

4.5.2 Contratti pubblici: fase di selezione del contraente e fase di verifica dell'aggiudicazione

4.5.3 Contratti pubblici: fase di esecuzione del contratto e fase di rendicontazione del contratto

CAPITOLO V – ANALISI AREE DI RISCHIO SPECIFICHE DEGLI IFO

5.1 Attività Libero Professionale

6.1 Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie della ricerca

7.1 Sponsorizzazioni

8.1 Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

CAPITOLO VI – ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DEL PERSONALE

9 Premessa normativa

9.1 Criteri per la rotazione del personale nelle aree a rischio

9.2 Modalità di attuazione della rotazione

9.3 La rotazione negli IFO

PREMESSA

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (di seguito anche IFO) - Istituto Regina Elena per lo Studio e la cura dei tumori (IRE) e Istituto Dermatologico di San Gallicano (ISG) - nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/ 2012, hanno adottato con deliberazione n° 102 del 31 gennaio 2019, l'Aggiornamento al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021 (di seguito anche PTPCT).

Il PTPCT è un programma di attività decentrato, predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche RPCT) e adottato dall'organo d'indirizzo, mediante il quale la singola amministrazione articola le proprie strategie di prevenzione della corruzione.

Le indicazioni per la redazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza provengono direttamente dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito anche ANAC) che periodicamente individua le tematiche e gli aspetti più importanti in materia.

Si premette che la stessa Autorità, disponendo di poteri di vigilanza sull'effettiva e corretta adozione e attuazione dei Piani da parte delle singole amministrazioni, ha riscontrato con nota n. 39693 del 17.05.2019 le seguenti carenze:

a) mancata valutazione del contesto esterno ed interno con l'indicazione dei procedimenti disciplinari avviati e/o definiti nei confronti dei dipendenti;
b) mancato collegamento delle misure al catalogo dei rischi;
c) mancata programmazione in termini concreti delle misure che debbono essere indicate in maniera concreta e specifica, con l'indicazione dei tempi e dei soggetti deputati ad attuarle ed a prevedere controlli sulla loro attuazione con particolare riferimento alla rotazione ordinaria e straordinaria.

Gli IFO, nel rispetto di quanto rilevato dall'ANAC, ha adottato quindi con deliberazione n. 591 del 28 giugno 2019, l'integrazione del Piano Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021 di cui alla deliberazione n. 102/2019.

L'ANAC ha successivamente comunicato all'IFO, con nota n. 71269 del 12.09.2019, di aver preso atto degli adempimenti effettuati da parte degli IFO e di aver deliberato di non dover procedere all'adozione di un provvedimento d'ordine.

Tutto ciò premesso, stante l'obbligatorietà in seno alle Pubbliche Amministrazioni di adottare ciascun anno, alla scadenza prevista dalla legge del 31 gennaio, un nuovo completo Piano Triennale, valido per il successivo triennio, si riporta di seguito il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022.

CAPITOLO I

IL CONTESTO DEGLI IFO

1. Analisi del contesto

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con R.D. del 4/8/1932 n. 1296 ed il cui carattere scientifico è stato riconosciuto con D.M. 22/2/1939, comprendono i seguenti Istituti:

- Regina Elena – I.R.E., per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- San Gallicano – I.S.G., per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmissibili.

La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

- perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- garantire prestazioni di eccellenza;
- dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche ma anche in termini di ricerca e prevenzione;
- consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, CNR, etc.) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale;
- creare le condizioni per lo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale.

Il modello ordinario di funzionamento si distingue per:

- la presa in carico globale del paziente;
- l'approccio multi-professionale interdisciplinare;
- l'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base.

Quanto sopra si realizza attraverso:

a) percorsi Clinico-assistenziali ("Clinical Pathways - PDTA"), atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione della dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza);
b) gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia ("Disease Management Team – DMT), che consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'Evidence Based Medicine Gruppi di Ricerca Traslazionale ("Translational Research Interest Groups - TRIG"), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari (oncologia, malattie infettive, dermatologia), al fine di elaborare modalità efficienti di trasferimento di risultati della ricerca bio-medica nella pratica clinica.

Obiettivi ed attività degli IRCSS

L'obiettivo principale degli Istituti è quello di perseguire i dettami della *Mission* nel rispetto delle indicazioni Regionali (Piano di Rientro Regionale e Legge Finanziaria) e Nazionali (Piano Sanitario Nazionale), garantendo l'efficienza nell'impiego delle risorse attraverso un processo volto al continuo miglioramento in termini di livelli di produttività per risorse impiegate ed un livello di assistenza sempre più adeguato, in termini qualitativi oltre che in termini di appropriatezza dei servizi sanitari erogati, cercando di allineare i valori di produzione ai costi di gestione. Sul piano gestionale gli Istituti hanno come costante punto

di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema.

1.1 Contesto esterno

La corretta progettazione delle misure idonee alla prevenzione della corruzione non può prescindere da una compiuta analisi del contesto esterno di riferimento in base ai principali macro-indicatori socio-economici del territorio da correlare alla presenza e diffusione di forme di criminalità organizzata.

Al fine di favorire la comprensione del rischio corruttivo, atteso che gli IFO rappresentano un punto di riferimento per l'oncologia e la dermatologia riconosciuto a livello nazionale e regionale, si riportano i dati ad oggi disponibili sul numero dei ricoveri e la provenienza dei Pazienti come segue:

RICOVERI IFO – PROVENIENZA PAZIENTI

Totale Dimessi SSN – Pazienti distinti per residenza

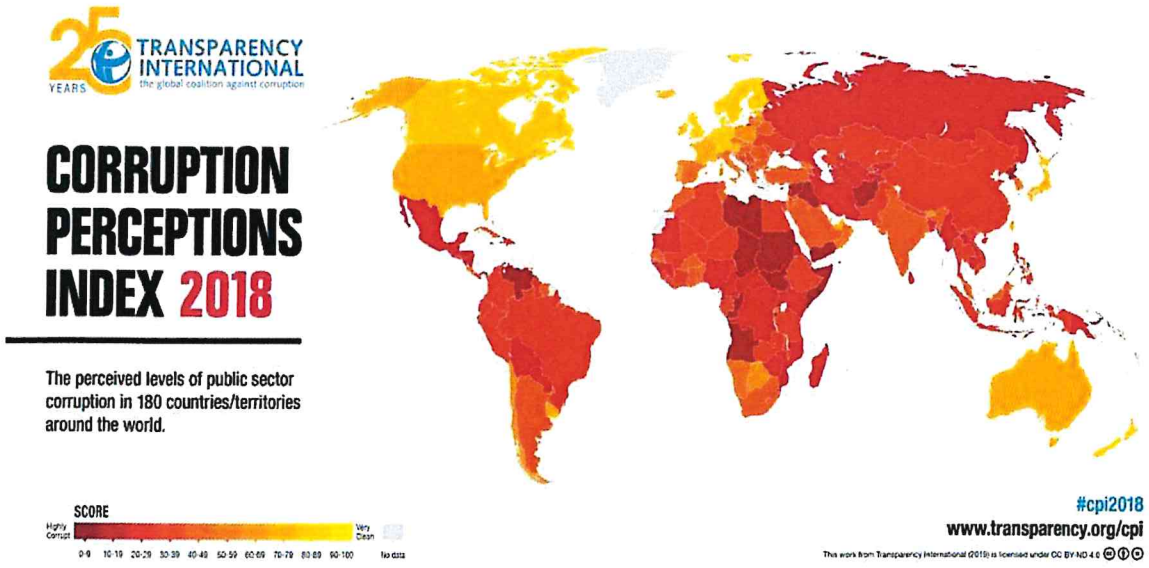
Totale Dimessi SSN - Per residenza Pazienti							
Struttura di Ricovero	Residenza Paziente	Percentuale media sui 5 anni	2014	2015	2016	2017	2018
IFO Istituto Regina Elena	(1) Regione	84,43%	7.309	7.261	7.467	7.341	7.564
	(2) Fuori Regione	15,18%	1.427	1.416	1.343	1.288	1.166
	(3) Stranieri o Non Attribuibile	0,40%	38	26	26	47	37
	Totali		8.774	8.703	8.836	8.676	8.767
IFO Istituto San Gallicano	(1) Regione	93,26%	1.821	1.925	1.522	1.364	1.487
	(2) Fuori Regione	6,49%	174	128	86	75	102
	(3) Stranieri o Non Attribuibile	0,25%	6	6	3	4	3
	Totali		2.001	2.059	1.611	1.443	1.592

SPECIALISTICA AMBULATORIALE IFO – PROVENIENZA PAZIENTI

Attività Specialistica Ambulatoriale IFO - Numero Visite/Prestazioni						
Residenza Paziente	Percentuale media sui 5 anni	2014	2015	2016	2017	2018
TOTALE IFO REGIONE	93,86%	1.191.847	1.196.604	1.179.677	1.183.595	1.233.712
TOTALE IFO FUORI REGIONE	5,33%	66.971	70.912	70.093	65.394	66.392
TOTALE IFO STRANIERI -	0,82%	11.264	10.803	9.830	10.830	9.385
		1.270.082	**1.278.319**	**1.259.600**	**1.259.819**	**1.309.489**

Gli IFO operano esclusivamente nel Comune di Roma, pertanto è doveroso riportare alcune informazioni sulla criminalità organizzata relative allo stesso comune e considerazioni sanitarie da Rapporti ufficiali da parte di enti competenti di settore.

LEGALITÀ E SICUREZZA

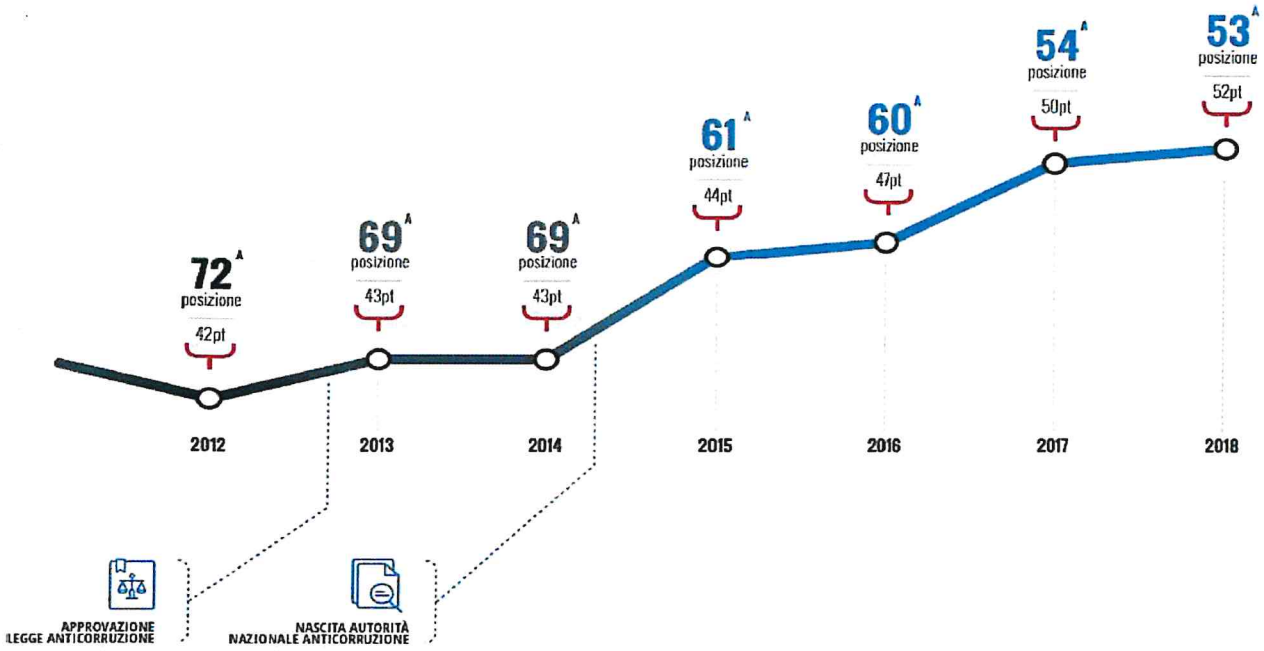


A tale riguardo, si riportano i risultati presentati per l'anno 2018 da parte dello Studio annuale relativo all'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) svolto da *Transparency International*. Quest'ultimo misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando

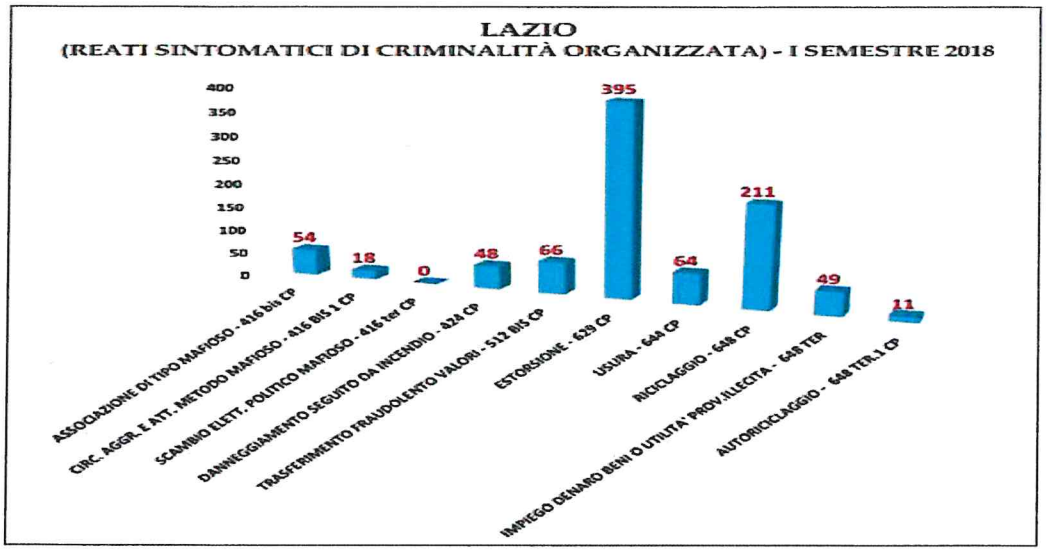
una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per i Paesi per nulla corrotti.

Dall'analisi dei dati riferiti al 2018, emerge come l'Italia abbia migliorato la sua posizione in classifica, arrivando al 53° posto nel mondo su 180 Paesi analizzati.

Dal 2012 l'Italia ha guadagnato ben 10 punti e scalato 19 posizioni. L'introduzione della Legge Severino ha segnato nel 2012 un punto di svolta importante nell'ottica del rafforzamento delle politiche di lotta alla corruzione, istituendo, inoltre nel biennio successivo, l'Autorità Nazionale Anti-Corruzione.



In relazione alla Criminalità Organizzata la Relazione sull'attività svolta nel primo semestre 2018 della Direzione Investigativa Antimafia, conferma che sul territorio laziale si registrano consolidate proiezioni 'ndranghetiste, in costante legame con le consorterie della regione d'origine ed in crescente interrelazione con compagini criminali di diversa matrice. Il grafico che segue evidenzia i reati sintomatici di criminalità organizzata registrati nel Lazio nel primo semestre del 2018:



In particolare, a Roma gli esiti investigativi e giudiziari degli ultimi anni continuano a dar conto di una realtà particolarmente complessa sotto il profilo delle infiltrazioni criminali, che vedono all'opera qualificate proiezioni delle organizzazioni di tipo mafioso italiane (siciliane, calabresi e campane *in primis*), che sono riuscite agevolmente ad adattarsi alle caratteristiche socio-economiche del territorio di elezione. Nel contesto Capitolino, soprattutto nell'area del quadrante sud-est, si segnala l'operatività di gruppi criminali "storici", profondamente radicati nel territorio, che fondano il proprio potere e la loro influenza tramite un sistema di organizzazioni strutturate su base familiare e suddivise per clan. Tra le attività tipiche del sodalizio primeggiano le condotte usurarie ed estorsive, i reati contro la persona, i traffici di droga ed il reimpiego di capitali illeciti.

Nell'anno 2017 si segnalano i fatti meglio noti col nome di "Mafia Capitale" che hanno fatto luce sul contesto malavitoso operante nella città e nella provincia di Roma. Tali vicende hanno avuto notevoli riflessi sull'Ente Roma Capitale, causando rilevanti conseguenze di carattere non solo politico, ma soprattutto economico-finanziario, con conseguente pregiudizio sulle capacità di spesa e di investimento a livello locale.

La consistenza quali-quantitativa del quadro criminale e criminogeno che purtroppo caratterizza il contesto esterno nel quale gli IFO si trovano ad operare, nonché la fitta rete degli interessi che alla stessa si collegano, determinano la necessità di mantenere altissimo

il livello di attenzione rispetto a tutte le procedure gestite dall'ente con l'adozione di ogni misura di prevenzione ritenuta utile.

Rapporti con i fornitori.

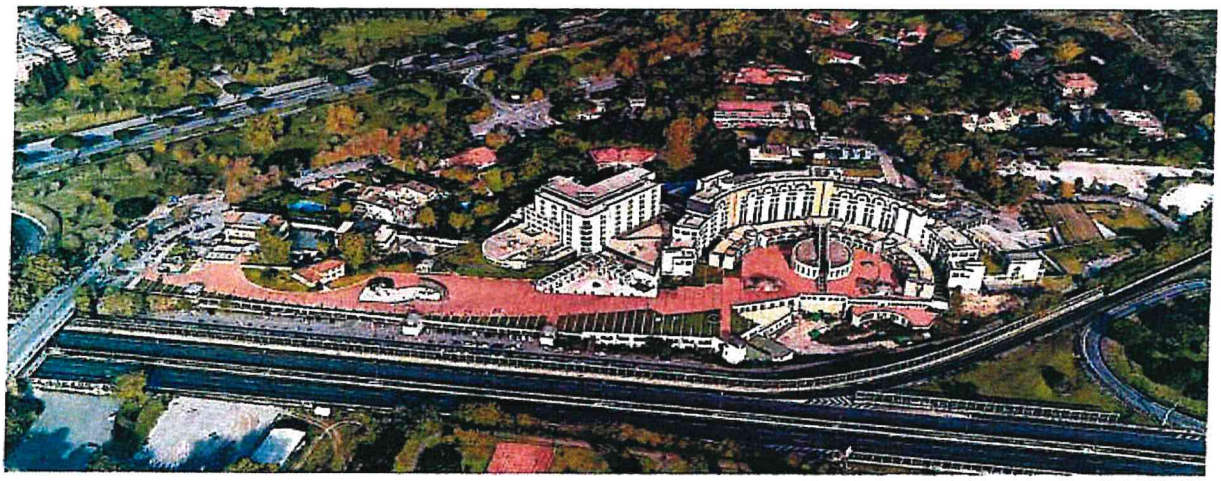
Ai fini di un corretto inquadramento del contesto esterno degli IFO, non può prescindersi da un'approfondita analisi dei rapporti economici e commerciali in essere tra gli IFO e le aziende esterne che forniscono beni e servizi necessari all'implementazione e all'ottimizzazione dell'operatività aziendale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

L'elenco dei soggetti fornitori che intrattengono rapporti con gli IFO è pubblicato nel sito istituzionale dell'azienda, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – prevenzione corruzione.

1.2 Contesto interno

L'analisi del contesto interno ha ad oggetto gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che possono influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruzione.

IMMAGINE AREA DEGLI IFO



La proprietà immobiliare degli IFO è costituita da due complessi ospedalieri e da alcuni appartamenti, tutti situati nel territorio del comune di Roma.

La struttura si compone di un edificio principale e di alcuni edifici secondari. Il fabbricato principale è formato da una piastra comune su quattro livelli e da quattro edifici in elevazione di forma semicircolare (il più alto dei quali è di otto piani); nella piastra sono concentrati i servizi ambulatoriali, i blocchi operatori, la diagnostica, i servizi amministrativi per i pazienti ed i servizi generali, mentre negli edifici in elevazione, sono ospitate le degenze e altri servizi ambulatoriali.

Un quinto edificio, di sei piani fuori terra, connesso direttamente con il blocco operatorio, ospita le degenze chirurgiche. Del medesimo complesso fanno parte gli edifici secondari sede dei servizi amministrativi e tecnici e nel seguito descritti: il cosiddetto "casale", sede della biblioteca multimediale, gli edifici n.2 e n.3, di quattro piani fuori terra più un interrato, destinati ad attività amministrative e sede della scuola infermieri, l'edificio n.4, di quattro piani fuori terra più un interrato, concesso in comodato d'uso alla Fondazione "Silvana Paolini" che manutiene la struttura finalizzandola all'accoglienza dei familiari dei pazienti degli IFO fuori Provincia o fuori Regione, l'edificio denominato "villa Monotti" sede del Servizio Tecnico e di altri servizi amministrativi, l'edificio cosiddetto "villa Perino", che ospita i servizi tecnici di manutenzione.

Il secondo plesso ospedaliero di proprietà degli IFO è costituito dal complesso monumentale del "San Gallicano in Trastevere" localizzato in via di San Gallicano n.25.

L'antico complesso ospedaliero è oggi sottoposto al Vincolo dei Beni Culturali in quanto edificio storico risalente al diciassettesimo secolo. L'intero complesso non è tuttavia più utilizzato come struttura ospedaliera in quanto oggetto di diverse Concessioni di utilizzo da parte di Enti terzi con attività non a carattere ospedaliero. In ultimo, gli IFO sono proprietari di alcuni appartamenti (oggetto di lasciti da parte di privati cittadini) situati in Roma, precisamente in:

- Via Anton da Noli n. 14
- Via Federico Ozanam n. 113,
- Piazza Marcellino Champagnat n.30 (due unità immobiliari)
- Via Vincenzo Renieri n.15 (due unità immobiliari)

- Via delle Fornaci n.49
- Via Aurelia 72 (due unità immobiliari)
- Via Valfrè 12

che saranno utilizzati a fine di impiego economico.

All'interno del patrimonio degli IFO, nella struttura ospedaliera, è presente anche il Centro Congressi Bastianelli che, attualmente, è la sede delle attività formative interne e non costituisce, *strictu sensu*, un motore commerciale, ma può diventare un *asset* per lo sviluppo di attività formative anche per altri Enti.

Il Centro congressi è dotato di 3 aule per circa 350 posti e la prosecuzione dell'ammodernamento nel 2020 riguarderà la sala regia, il centro riprese video, il centro slide, il collegamento via Skype con strutture esterne ed il collegamento alle sale operatorie. Tutti questi elementi consentiranno al Centro Congressi di assumere una valenza didattico strategica.

E' in programma la revisione della denominazione della struttura in Centro di Formazione Avanzata Raffaele Bastianelli in quanto saranno allestite le aule di simulazione avanzata per la formazione di personale sanitario e per gli studenti delle facoltà di Medicina e Chirurgia delle università convenzionate.

La mission degli IFO.

In accordo con le finalità istituzionali degli IRCCS, gli Istituti Regina Elena e San Gallicano sono concretamente impegnati nella ricerca biomedica in campo rispettivamente oncologico e dermatologico. La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

a. perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
b. garantire prestazioni di eccellenza;
c. dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma anche in termini di ricerca e prevenzione;

d. consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
e. integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, Università, CNR, etc) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale;
f. sviluppare un *know-how* specialistico in ambito oncologico e dermatologico fortemente innovativo, ed aggiornarne ed affinarne costantemente i saperi e le pratiche professionali, facendone il tratto distintivo dell'Istituto;
g. creare le condizioni per lo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale;
h. sviluppare la formazione di professionisti sanitari, e non, attraverso la partecipazione alla rete formativa universitaria locale, attraverso *partnerships* internazionali che "scelgano" gli IFO come sede formativa teorico-pratica;
i. consolidare le relazioni con l'industria e con l'università, in quanto da sempre l'IFO è partner per la creazione ed affermazione delle innovazioni in ambito oncologico e dermatologico.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli. Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati. In questo settore, la

presenza di biobanche permetterà una continua implementazione di biomarcatori che già consentono una diagnosi precoce della patologia.

Tipologia della ricerca: l'attività di ricerca degli Istituti è distinta in ricerca "corrente", definita di concerto col Ministero della Salute, e in ricerca "finalizzata" rivolta, tramite specifici progetti, al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi proposti alle Agenzie che la finanziano. I protocolli di ricerca approvati, in accordo con quelli internazionali, devono possedere un razionale adeguato, obiettivi validi e rispondere a rigorosi criteri di fattibilità. La conoscenza generata sarà quindi indirizzata verso metodologie applicative nel settore sanitario, un ambito nel quale la presenza di entità private co-finanziatrici è considerata un imprescindibile supporto alle attività di ricerca traslazionale e clinica. Un'ottimizzata *partnership* consente da un lato ai ricercatori di lavorare in condizioni ottimali e dall'altro di collaborare con le entità private nella generazione di tecnologie all'avanguardia e di prodotti della ricerca altamente competitivi.

Brevetti: tra i compiti istituzionali degli IRCCS vi è quello di trasformare i risultati della ricerca in successi applicativi nel settore sanitario, un ambito nel quale l'interscambio con l'industria è essenziale. Sono quindi promosse ricerche biotecnologiche che generano un potenziale impatto industriale, indirizzando le risorse intellettuali verso la produzione di metodologie e/o strumentazioni sulle quali si possa affermare la proprietà intellettuale. La copertura mediante brevetto delle potenzialità applicative dei progressi scientifici e della conoscenza a essi connessa rappresenta un mezzo imprescindibile per il raggiungimento dello sviluppo e della commercializzazione delle idee innovative e per l'incremento delle possibilità di finanziamento.

Alta formazione: gli IRCCS sono sede di molteplici livelli dell'organizzazione formativa, ivi compresa la formazione continua degli operatori sanitari, successiva all'abilitazione professionale. Nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Medica Continua prevista dal Ministero della Salute e della crescente disponibilità a collaborare con le Università nelle funzioni didattiche e formative, gli Istituti puntano a collocarsi come riferimento anche nel campo della formazione in oncologia, dermatologia ed infettivologia attraverso la istituzione della Scuola Aziendale di Alta Formazione.

L'articolazione interna è suddivisa in:

- tre Dipartimenti clinici e di ricerca:
  - Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica (CRO);
  - Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica (CRD);
  - Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate (RTA);
- un Dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative;
- un'Area di staff e di Direzione Operativa.

Sono previste complessivamente 27 UOC (di cui 2 di ricerca), 34 UOSD (di cui 9 afferenti all'ambito della ricerca) e 9 UOS.

Organi per il Governo strategico

Sono organi dell'Ente, ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale del Lazio:

- il Direttore Generale;
- il Consiglio di indirizzo e verifica (CIV);
- il Collegio Sindacale;
- i Direttori Scientifici degli IRCCS IRE e ISG;
- il Collegio di Direzione.

Gli organismi consultivi degli Istituti, ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale sono:

- i Comitati Tecnico Scientifici;
- il Comitato Etico.

Inoltre, all'interno dello staff alla Direzione Strategica opera l'Organismo indipendente di valutazione della performance, previsto dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009.

Nel corso del 2017, gli IFO hanno prodotto azioni per uscire dal piano di rientro e dal debito sanitario, mentre nel corso 2018 hanno avviato un processo di riorganizzazione aziendale di revisione del precedente assetto organizzativo e funzionale, previsto dalla deliberazione n. 232 del 14 aprile 2015.

Attualmente gli IFO, oltre all'adozione del Piano strategico 2018-2020, hanno predisposto il nuovo Atto aziendale adottato con deliberazione n. 557/2019 avente ad oggetto: "Esecutività Atto deliberativo n. 489 del 03.06.2019 avente ad oggetto: Adozione Atto Aziendale-integrazione alla delibera n. 153 del 19.02.2019". Il nuovo Atto aziendale è stato approvato dalla Regione Lazio con DCA n. UOO268 del 2 luglio 2019.

Tra le trasformazioni organizzative sono state previste quattro piattaforme operative per facilitare i processi di riorganizzazione aziendale.

La prima, quella Chirurgica, è in fase finale di trasformazione per creare la possibilità di far coincidere i luoghi in cui si sviluppano i percorsi di cura con gli ambiti clinici pertinenti per organo/apparato/specialità o per durata di degenza.

La piattaforma Medica, che coinvolge le Oncologie e l'Ematologia, sarà oggetto delle prossime progettazioni ma la creazione di nuove UOSD e UOS, oltre alle UOC e alla UOSD esistenti, aumenta il potenziale di specializzazione clinica e di ricerca di questa area che può diventare un motore potente per l'attività clinico-scientifica degli IRCCS Regina Elena e San Gallicano.

La piattaforma Ambulatoriale, aggregata al progetto sull'innovazione dell'accesso, rappresenterà una delle azioni di facilitazione per i pazienti e le loro famiglie.

La piattaforma della Ricerca Traslazionale ha la finalità di trasferire i risultati della ricerca di base della rete genomica e di biologia molecolare nella cura e nell'assistenza alle persone e di osservarne gli esiti a lungo termine, oltre che per il trasferimento nella pratica di nuovi farmaci, dispositivi medici, nuovi approcci diagnostici e/o per la standardizzazione e utilizzo degli stessi.

L'ambito di sviluppo della Rete interna di DTA (Desease Management Team) e PDTA (Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale) ha, invece, come primo obiettivo il consolidamento della cultura di *team* professionale interdipendente e della inter-professionalità dei processi di presa in carico del paziente e del suo *caregiver*. In questo ambito è previsto lo sviluppo dei percorsi di "*patient education*".

L'attività dell'Ente si articola nei seguenti Dipartimenti:

UOC 25, di cui una ad esaurimento, e 2 UOC della Ricerca

AMBITO	TIPOLOGIA	UOC
Area degli Staff e Direzione Operativa	**STAFF**	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
		UOC Farmacia IFO
	Direzione operativa	UOC Direzione Medica
		UOC DITRAR
Dipartimento delle funzioni Tecnico – Amministrativo	**Tecnico-amministrative**	UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS)
		UOC Patrimonio e Tecnico
		UOC Risorse Umane
		UOC Affari Generali e Legali
		UOC Risorse Economiche
Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica	**Chirurgie, Anestesia e Terapia Intensiva**	UOC Chirurgia Digestiva (*)
		UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica
		UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
		UOC Ginecologia Oncologia e Biobanca
		UOC Ortopedia Oncologica
		UOC Chirurgia Senologica
		UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale
		UOC Chirurgia Toracica
		UOC Urologia
		UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva
	Oncologie	UOC Oncologia Medica 1
		UOC Oncologia Medica 2
Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate	**Diagnostiche**	UOC Anatomia Patologica
		UOC Radiologia
		UOC Radioterapia
		UOC Ricerca Traslazionale Oncologica (Ricerca)
Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	**Dermatologia**	UOC Dermatologia Clinica
		UOC Laboratorio Fisiopatologia Cutanea (Ricerca)

(*) ad esaurimento entro il 31/12/2019, con trasformazione in UOSD

UOSD 25 e 9 UOSD della Ricerca

AMBITO	TIPOLOGIA	UOSD
	Staff	UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici
		UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management
	Dipartimento delle funzioni Tecnico Amministrative	UOSD Servizio Amm.vo per la Ricerca
Dipartimenti di Produzione	**Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica**	UOSD Terapia del Dolore
		UOSD Neoplasie Polmonari
		UOSD Sarcomi e Tumori Rari
		UOSD Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di precisione
		UOSD Ematologia
		UOSD Cardiologia
		UOSD Endocrinologia Oncologica
		UOSD Neuroncologia
		UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
		UOSD Fisiopatologia Respiratoria
		UOSD Neoplasie peritoneali (***)
		UOSD Psicologia
		UOSD Neurochirurgia
	Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	UOSD Dermatologia Oncologica
		UOSD Dermatologia Allergologica e MST *e Malattie Tropicali*
		UOSD Chirurgia Plastica ad indirizzo dermatologico e rigenerativo
		UOSD Microbiologia e Virologia
		UOSD Porfirie e Malattie Rare
		UOSD Radiologia ad indirizzo Dermatologico
		UOSD Ricerca genetica, Biologia molecolare ad indirizzo dermatologico e *Dermatopatologia* (Ricerca)
		UOSD Diagnostica non invasiva (Ricerca)
Dipartimenti di Produzione	**Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate**	UOSD Medicina Nucleare
		UOSD Patologia clinica e Biobanca Oncologica
		UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti

		UOSD Immunotrasfusionale
		UOSD Epidemiologia e Registro Tumori (Ricerca)
		UOSD Oncogenomica ed Epigenetica (Ricerca)
		UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori (Ricerca)
		UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici (Ricerca)
		UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari (Ricerca)
		UOSD SAFU (Ricerca)
		UOSD Clinical Trial Center, Biostatistica e Bioinformatica *(Ricerca, in staff alle 2 Direzioni Scientifiche)*

(***) UOSD che si attiverà solo ad estinzione della UOC Chirurgia Digestiva

UOS 9

AMBITO	STRUTTURE	UOS
Area degli Staff e Direzione Operativa	**UOC DITRAR**	UOS Confort e percorsi interni
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Oncologico
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Dermatologico
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate
Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative	**UOC Patrimonio e Tecnico**	UOS Manutenzione e Progettazione
	UOC Risorse Economiche	UOS ALPI
Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate	**UOC Radiologia**	UOS Radiologia Specialistica
Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica	**UOC Oncologia Medica 2**	UOS Neoplasie ginecologiche
Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	**UOC Dermatologia Clinica**	UOS Fotobiologia e Fototerapia

Flussi economici in entrata e in uscita.

Un ulteriore aspetto che contribuisce ad elaborare una visione completa del contesto interno degli IFO è rappresentato dall'esame dei maggiori flussi economici in entrata e in uscita, che caratterizzano le attività istituzionali dell'Ente.

In relazione ai flussi in entrata si rilevano le seguenti tipologie di movimentazioni:

1) erogazioni Regionali per le attività di ricovero, ambulatoriale, file F e contributi in c/esercizio per funzioni assistenziali;
2) erogazioni del Ministero della Salute per attività di ricerca in quanto IRCCS sia per l'IRE che per l'ISG;
3) entrate proprie quale compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti (Tickets);
4) incassi per attività libero professionale;
5) entrate per attività di ricerca enti pubblici (MIUR - Lazio Innova-Ministero interno etc.) e privati (AIRC);
6) entrate per attività di sperimentazione clinica per farmaci;
7) entrate per attività di formazione (iscrizione ai corsi, affitto aule, ecc..).

Per quanto riguarda, invece, i flussi economici in uscita si possono rappresentare le seguenti operazioni:

1) pagamento degli emolumenti comprensivi degli oneri sociale e delle imposte al personale strutturato (a tempo determinato e indeterminato) e assimilato a lavoro dipendente (CO.CO.CO. borse di studio, libero professionale, etc.);
2) pagamento alle ditte fornitrici di beni sanitari, compresi i farmaci;
3) pagamenti dei servizi non sanitari appaltati (Riscaldamento, lavanderia, pulizie, ristorazione, manutenzione ordinaria agli immobili, impianti ed attrezzature, smaltimento rifiuti, vigilanza);
4) uscite per attività di formazione (pagamento docenti, canone sistema informatico gestionale formazione, ecc).

SWOT ANALISYS

Ai fini di una migliore comprensione del contesto in cui sono inseriti gli IFO si utilizza la tecnica della SWOT ANALYSIS (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Tale tecnica concerne la valutazione dei punti di forza, delle debolezze, delle opportunità e delle minacce in ottica di una pianificazione strategica mirata alla migliore efficienza del sistema aziendale.



PUNTI DI FORZA

ADOZIONE REGOLAMENTI ATTIVITÀ SANITARIE, CONTROLLO ALPI, INFUNGIBILITÀ ACQUISTI DISPOSITIVI MEDICI, ACCESSO INFORMATORI FARMACEUTICI; ARCHITETTURA INFORMATICA



PUNTI DI DEBOLEZZA

PRESENZA DI INCARICHI AD INTERIM



MINACCE

ELEVATA MOBILITÀ SANITARIA PASSIVA EXTRAREGIONALE DI CONFINE; ELEVATA CRIMINALITÀ SUL TERRITORIO LOCALE DEL COMUNE DI ROMA



OPPORTUNITA'

ATTUAZIONE NUOVI OBBLIGHI DI TRASPARENZA IN MERITO ALLA PUBBLICAZIONE DELLE INFORMAZIONI E ALL' ACCESSO CIVICO

In conclusione, per quanto riguarda l'analisi del contesto degli IFO non si registrano per gli anni precedenti procedimenti disciplinari aperti a carico di dipendenti degli IFO.

CAPITOLO II

GESTIONE DEL RISCHIO "CORRUZIONE"

2. Analisi del rischio

L'analisi del rischio in materia di prevenzione della corruzione viene sviluppato dagli IFO secondo lo specifico standard ISO 37001:2016 strumento operativo che contribuisce a definire le modalità in base alle quali l'organizzazione potrà dichiarare la propria *compliance* rispetto alla prevenzione del fenomeno corruttivo, ovvero l'avere adottato misure di prevenzione ragionevoli e proporzionali rispetto al rischio di incorrere in fenomeni corruttivi.

La ISO 37001 specifica le misure e i controlli anti-corruzione adottabili da un'organizzazione per monitorare le proprie attività aziendali al fine di prevenire la corruzione. Rientrano tra questi la predisposizione di una politica anticorruzione, l'impegno dell'Alta Direzione, l'individuazione di un incaricato, la formazione a tutti gli interessati (vale la pena di ricordare che tale processo deve essere continuo e predisposto in modo da far crescere la cultura organizzativa), la valutazione dei rischi specifici, la definizione di relative procedure, come ad esempio il monitoraggio dei fornitori.

La valutazione del rischio si è articolata nelle seguenti tre fasi:

- Mappatura dei processi;
- Valutazione del rischio corruzione;
- Trattamento del rischio.

2.1 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi consiste nell'analisi delle attività rilevando le fasi principali di cui si compone, i soggetti responsabili, le interazioni con altri processi e corresponsabilità, identificazione del possibile evento rischioso, misure di prevenzione esistenti, misure di prevenzione da adottare.

Per l'individuazione delle aree di rischio si effettua la seguente distinzione:

AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE

- acquisizione e progressione del personale (reclutamento, progressione di carriera, conferimento incarichi);
- affidamento di lavori, servizi e forniture;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico.

Queste aree obbligatorie (art.1 L.190/2012) si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione e concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento dei lavori, forniture e servizi;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, ausili finanziari nonché vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

AREE DI RISCHIO GENERALI PER SANITA'

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE PER LA SANITÀ

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie di ricerca, sperimentazioni, e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Gli IFO hanno avviato una mappatura dei processi per ogni area mediante l'utilizzo di una scheda che identifica:

- i singoli processi;
- le attività e le eventuali procedure;
- il responsabile di processo;
- il singolo evento a rischio;
- le misure adottate.

Si rinvia a quanto pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

L'analisi delle schede suddette permette di rilevare che in campo amministrativo, sanitario e socio-sanitario le attività ritenute potenzialmente più esposte o sensibili al rischio di corruzione sono:

- piani e procedure di acquisto e di approvvigionamento di beni, servizi e lavori (comprese le acquisizioni in economia);
- procedimenti di gara di appalto in tutti gli aspetti tecnico-procedurali (compresi la definizione dell'oggetto dell'affidamento, i requisiti di qualificazione e di aggiudicazione, la valutazione delle offerte, le procedure negoziate, gli affidamenti diretti, gli acquisti infungibili, le variazioni in corso di esecuzione del contratto, i subappalti);
- piani e procedure di gestione del patrimonio immobiliare in materia di costruzione, manutenzione, appalti, servizi di progettazione, locazioni e alienazioni (comprese le acquisizioni e le attività in economia);
- forniture e manutenzioni inerenti lo sviluppo e la gestione del sistema informatico aziendale (hardware, software, reti e connettività);
- procedure per l'assunzione e la selezione del personale (dipendente o convenzionato) progressioni di carriera, valutazione del personale (anche dirigenziale), conferimento di incarichi di collaborazione;
- attività amministrative, tecnico-amministrative ed organizzative connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (comprese le erogazioni in regime di libera professione, le prenotazioni, la gestione delle liste d'attesa, le esenzioni e le riscossioni dei ticket, la refertazione);
- i rapporti con gli Enti Internazionali nell'ambito dell'attività di ricerca;

- incompatibilità, e cumulo di impieghi e incarichi, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e a soggetti privati (articolo 53 de decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165);
- le materie oggetto del Codice di comportamento (articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165).

Invero, il Piano Triennale ha una natura dinamica e potrà essere modificato nel caso emergono nuovi processi a rischio e/o modifiche normative.

2.2 Valutazione del rischio corruzione

Al fine di poter operare una valutazione del rischio e quindi fornire una scala di valori di rischio sono stati utilizzati indici di probabilità della discrezionalità, Rilevanza esterna, Complessità, di Valore economico e di Frazionabilità.

Mentre i valori d'impatto considerati sono:

- reputazionale;
- economico.

In base a tali valori è possibile individuare i seguenti gradi di rischio:

1. Rischio basso: (RB)
2. Rischio medio: (RM)
3. Rischio alto: (RA)

L'analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e di individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

Fermo restando quanto previsto nel PNA, al fine di evitare l'identificazione di misure generiche, utile appare considerare per l'analisi del rischio anche l'individuazione e la comprensione delle cause degli eventi rischiosi, cioè delle circostanze che favoriscono il verificarsi dell'evento. Tali cause possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Ad esempio, tenuto naturalmente conto che gli eventi si verificano in presenza di pressioni volte al condizionamento improprio della cura dell'interesse generale:

- mancanza di controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Indice di valutazione della probabilità

- **Criterio della Discrezionalità**

Tale indice delinea la discrezionalità di ogni singolo processo effettuato dagli IFO.
Considerato che nell'ambito dell'ente pubblico non esiste attività che non sia in qualche modo regolamentata da norme di rango primario o secondario e/o da atti amministrativi generali, si rileva che detto criterio debba essere inteso nell'ambito di ciascuna attività normata. In tal senso la discrezionalità è stata ritenuta sussistente tutte le volte in cui il soggetto chiamato ad applicare le norme ed i regolamenti che disciplinano una certa attività, abbia un qualche margine di scelta nelle modalità interpretative e applicative delle stesse.
L'attività inoltre è stata ritenuta ugualmente discrezionale tutte le volte che comporti valutazioni di natura gestionale e/o tecnica anche se tale momento valutativo si collochi nel momento iniziale del processo, il quale ne viene in tal modo interamente connotato.

- **Criterio della rilevanza esterna**

Tale criterio impone di valutare se il processo produce effetti diretti all'esterno degli IFO.
Per utenti esterni non vanno intesi solo i soggetti esterni agli IFO ma anche i dipendenti destinatari delle attività proprie del servizio in cui il processo si colloca. Ciò avviene ad esempio con riferimento a tutti i processi della Unità Operativa Complessa UOC Risorse Umane.

- **Criterio Valore economico**

Tale criterio risponde alla domanda di quantificare l'impatto economico del processo esaminato.

Va considerato se il processo abbia rilevanza esclusivamente interna, comporti l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti), ovvero comporti l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento diretto ingiustificato).

- **Criterio della Complessità**

Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) per il conseguimento del risultato.

- **Criterio della Frazionabilità**

Tale criterio individua se il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato.

Indice di valutazione dell'impatto

- **Impatto Economico**

Tale Impatto fa riferimento all'emissione di sentenze della Corte dei Conti (di volta in volta nella specifica materia oggetto del processo all'esame) nei confronti di Amministrazioni del medesimo comparto o di altri comparti, laddove oggetto di analisi fossero processi di analoga tipologia.

- **Impatto Reputazionale**

Tale impatto si riferisce alla perdita di fiducia tra l'Amministrazione e la collettività, perdita generata a seguito di una scelta negativa o di un errore operativo.

Tale impatto si riscontra nei confronti dell'Ente solo se nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi. Nel caso di IFO non vi sono mai stati articoli diffusi su stampa o riviste on line tali da inficiare i profili reputazionali.

Per quanto concerne la valutazione del rischio corruzione in base alla metodologia indicata si rinvia a quanto pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

2.3 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio prevede di ponderare e/o mitigare il rischio corruttivo relativo alle aree generali e quelle specifiche di cui sopra.

Il PNA ha praticato una "classificazione delle misure di prevenzione", così articolate:

- misure di **controllo**;
- misure di **trasparenza**;
- misure di **definizione e promozione dell'etica** e di standard di comportamento;
- misure di **regolamentazione**;
- misure di **semplificazione dell'organizzazione**/riduzione dei livelli/riduzione e razionalizzazione del numero degli uffici;
- misure di **semplificazione di processi/procedimenti**;
- misure di **formazione**;
- misure di **sensibilizzazione e partecipazione**;
- misure di **rotazione**;
- misure di **segnalazione e protezione**;
- misure di **disciplina del conflitto di interessi**;
- misure di **regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"**.

A scopo meramente illustrativo ma non esaustivo si riporta alla pagina seguente il quadro sinottico sulle immediate relazioni tra l'entità del rischio e la misura da adottare, al fine di realizzare in modo pieno ed efficace sia la mappatura che il trattamento del rischio.

Ambito di rischio	Tipologia di misura
Mancata previsione di obblighi di trasparenza	Previsione di misure di trasparenza
Mancanza o inadeguatezza dei controlli amministrativi	Misure di controllo
Mancanza o inadeguatezza della regolamentazione	Previsione di atti di regolamentazione
Mancanza o inadeguatezza di prescrizioni di tipo organizzativo	Interventi organizzativi
Mancanza o inadeguatezza di strumenti di partecipazione	Attivazione di strumenti di partecipazione
Probabilità di conflitti di interessi	Verifica di assenza di conflitti di interessi
Inadeguatezza delle conoscenze di tipo teorico o pratico	Attuazione di Interventi formativi

CAPITOLO III

ANALISI DELLE AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE

Il D. lgs. 39/2013 (come confermato alla delibera ANAC 149/2014) si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo

Particolare attenzione va rivolta, invece, al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio (strutture complesse, semplici e semplice dipartimentale, oltre che incarichi a professionisti esterni).

3.1. Incarichi dirigenziali di Struttura Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale

Principale rischio:

- eccessiva discrezionalità nel conferimento dell'incarico dirigenziale.

Misure previste:

- adozione atto aziendale con deliberazione n. 557/2019 avente ad oggetto: "Esecutività Atto deliberativo n. 489 del 03.06.2019 avente ad oggetto: Adozione Atto Aziendale-integrazione alla delibera n. 153 del 19.02.2019".
- adozione del Piano triennale dei fabbisogni del personale (*deliberazione n. 20/2019*)con revisione annuale dello stesso;
- adozione Regolamento conferimento incarichi ex art.18 (*deliberazione n. 950 del 23.11.2018*);
- determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione di unità operative complesse del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale ai sensi del D.P.R. 484 del 10 dicembre 1997. I bandi sono stati adeguati ai requisiti previsti dalla DGR n. 574/19;
- determinazione dei requisiti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale ai sensi del D.P.R. 483 del 10 dicembre 1997;

- modalità di costituzione delle Commissioni di concorso come da normativa sopraindicata e da regolamentazione ed indicazioni operative regionali.

Ulteriori elementi di analisi:

L'Atto aziendale proposto dagli IFO è stato approvato con DCA della Regione Lazio n. UOO268 del 2 luglio 2019. Sono in corso di adozione gli atti organizzativi di attuazione.

In adesione al dettato normativo in ordine ai nuovi adempimenti assunzionali, gli IFO nel corso dell'anno 2019 hanno predisposto il Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2019-2021 che, approvato dalla Regione Lazio con DCA 405 del 31/10/2018, è stato poi successivamente adottato con deliberazione n. 20 del 16/01/2019.

E' stato poi trasmesso alla Regione Lazio il nuovo PTFP 2020-2022 che è in attesa di approvazione.

Per quanto concerne i requisiti per l'accesso alla direzione di Unità Operative Complesse del ruolo sanitario del SSN ai sensi del D.P.R. n. 484 del 10.12.1997, si rappresenta che, in attuazione del DCA della Regione Lazio n. U00164 del 13 maggio 2019 e della DGR n. 574 del 2.8.2019, gli IFO hanno adeguato i bandi di selezione per i Direttori di Struttura alle citate normative che la Regione Lazio ha approvato e pubblicato sul BUR Regione Lazio e sulla Gazzetta Ufficiale.

3.2. Incarichi di Comparto

Principale Rischio:

- continuità degli incarichi di comparto in assenza di un Regolamento che definisca il conferimento e la revoca degli incarichi.

Misure previste:

- applicazione del nuovo CCNL 2016-2018 ed adozione del Relativo regolamento al fine di disciplinare il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione (*deliberazione n. 727 del 08/08/2019*).

Ulteriori elementi di analisi:

Con l'adozione del Regolamento per la graduazione e l'affidamento degli incarichi di funzione si è proceduto ad adeguare la precedente regolamentazione riferita alle posizioni

organizzative ai nuovi dettami contrattuali di cui agli artt. 14-23 del CCNL Comparto Sanità 2016-2018 che prevede l'istituzione di incarichi di organizzazione ed incarichi professionali.

3.3. Incarichi extraistituzionali

Principale Rischio:

- violazione del principio di esclusività del rapporto di lavoro.

Misure previste:

- adozione di un Regolamento aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, ai sensi dell'art.53 del D.Lgs 165/2001 e ss.mm.ii.. (*deliberazione n. 414 del 17/05/2019*). E' in corso un ulteriore aggiornamento.

Ulteriori elementi di analisi:

La materia della incompatibilità ed inconferibilità era disciplinata da due precedenti regolamenti, approvati con delibera n.544/2010 per il personale della dirigenza medica e con delibera n. 720/2010 per il personale della dirigenza S.P.T.A. e parzialmente modificato con delibera n.210/2013.

L'Azienda, ha ritenuto di dover intervenire nella materia, adeguando i citati regolamenti alle più recenti normative in materia di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi.

E' stato quindi adottato un unico regolamento valido per tutto il personale delle diverse aree contrattuali.

3.4. Incarichi a soggetti esterni

Principale Rischio:

- discrezionalità nel conferimento dell'incarico e dei criteri di assegnazione dell'incarico.

Misure previste:

- modalità di costituzione delle Commissioni per il conferimento di incarichi a tempo determinato, incarichi dirigenziali ex art.15 septies, borse di studio, lavoro autonomo, come da regolamento aziendale (*deliberazione n. 972 del 23/11/2017*);
- tempestiva comunicazione e pubblicazione degli esiti delle selezioni al fine di garantire la massima trasparenza degli atti, condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione;
- adozione del Regolamento per la disciplina del conferimento e per la determinazione dei compensi professionali (*deliberazione n. 1142 del 29/12/2017*);
- adozione del Regolamento per l'accesso alla formazione (*deliberazione n. 182 del 05/03/2019*). In corso di aggiornamento;
- acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni sulla insussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitti di interesse;
- pubblicazione sul sito istituzionale dell'Albo docenti aziendali;
- monitoraggio delle docenze attribuite con compensi maggiori di quelli mediamente previsti.

Ulteriori elementi di analisi:

Gli IFO in assenza di ufficio legale conferiscono incarichi a legali sulla base del Regolamento per la disciplina del conferimento e per la determinazione dei compensi professionali.
In particolare, la selezione dei professionisti avviene mediante un elenco da cui attingere secondo criteri predefiniti (*deliberazione n. 788 del 20.08.2019*). L'elenco viene periodicamente aggiornato.

3.5. Affidamento di lavori, servizi e forniture

Principali Rischi:

- restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di caratteristiche tecniche che individuino specifici prodotti che favoriscano una determinata impresa, ed in particolare negli affidamenti di servizi e forniture, il principale favoreggiamento di una impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità;

- possibile uso distorto del criterio del prezzo più basso;
- mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali;
- mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse.

Misure Previste:

- verifica della strutturazione dei capitolati di gara al fine di evitare la presenza di requisiti di natura non strettamente tecnica e che possano limitare la concorrenza tra gli operatori economici;
- utilizzo piattaforma CONSIP, laddove prevista;
- uso del "Mercato elettronico per la Pubblica Amministrazione (MEPA);
- informatizzazione dei processi, anche mediante l'utilizzo di una *"app"* per archiviazione denominata **"F.R.O.G."** di proprietà degli IFO collegata a server gestiti in cartelle criptate. Tale *app* individua la tempistica della procedura da visionare, l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti ed altresì permette l'accesso ai dati ed alla documentazione archiviata;
- trasmissione ad Osservatorio Regionale ed ANAC dei dati ed informazioni relativi a procedure di affidamento di servizi, forniture e lavoro superiori a 40.000,00 euro;
- monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali anche mediante l'app **"F.R.O.G."**;
- rotazione componenti della commissione giudicatrice, laddove possibile e sottoscrizione, da parte di ciascun Commissario, di una apposita dichiarazione di assenza di abituale frequentazione diretta con ciascun operatore economico partecipante alla procedura di gara;
- pubblicazione dei parametri di indizione ed aggiudicazione degli affidamenti (su canale amministrazione trasparente *on line* – ANAC - MEPA);
- utilizzo piattaforma *"Stella"* della Regione Lazio;
- affidamento di servizi e forniture superiore a 40 mila euro e fino alle soglie comunitarie con procedure telematiche estese a tutti gli operatori economici iscritti nella relativa categoria merceologica del MEPA ove non vi siano esigenze tecniche e

peculiarità del mercato di riferimento che impongano il ricorso alle procedure negoziate nei limiti di cui all'art. 36 del D.Lgs 50/2016.

Ulteriori elementi di analisi:

Al fine di garantire la massima concorrenza tra gli operatori economici viene effettuata, preliminarmente alla pubblicazione della gara di appalto, una indagine di mercato su affidamenti simili già effettuati e conclusi da altre PP.AA. per confrontare i requisiti minimi richiesti con procedure di gara già espletate e che non hanno provocato restrizioni di mercato. Qualora, nonostante la verifica sopra indicata, alcuni requisiti minimi dovessero comunque limitare il mercato, gli stessi vengono modificati o corretti durante il periodo di gara aperto ai quesiti proposti dagli operatori economici nel rispetto del principio di equivalenza previsto dal Codice degli Appalti in vigore.

3.6. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Principale Rischio:

- comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o profitti indebiti.

Misure previste

- monitoraggio delle liste di attesa e tempi di attesa per esami diagnostici e per visite con consultazione online delle liste di attesa sul sito ufficiale IFO e sito della regione Lazio;
- adozione del Piano Attuativo Aziendale Gestione liste di attesa secondo DCA 302/2019 entro sei mesi;
- informatizzazione delle liste di attesa sugli applicativi informatici. - Completamento dell'informatizzazione liste con cartella ambulatoriale elettronica secondo cronoprogramma aziendale;
- monitoraggio degli interventi chirurgici c.d. sentinella, ripresi dal piano nazionale Liste d'Attesa con controllo a campione semestralmente;
- adozione della procedura sul percorso chirurgico per la chirurgia breve entro sei mesi.

Ulteriori elementi di analisi:

Nel corso del 2019 gli IFO hanno posto in essere misure organizzative per arrivare al monitoraggio costante dei tempi di attesa di ricovero principalmente attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare e multiprofessionale per la revisione del percorso chirurgico presieduto dal Direttore Sanitario in cui sono rappresentate tutte le discipline chirurgiche. Il gruppo ha elaborato un nuovo Regolamento aziendale del Blocco Operatorio in cui si sottolinea l'importanza di definire le liste d'intervento partendo dalla classe di priorità secondo normativa vigente e che tali liste siano registrate informaticamente nell'applicativo di sala operatoria (ORMAWEB). Parallelamente il Servizio Informatico Aziendale, sulla base delle indicazioni del gruppo di lavoro indicato, ha cominciato a sviluppare un applicativo informatico per la registrazione dei pazienti che durante la visita ambulatoriale con il chirurgo vengono avviati ad un percorso di ricovero chirurgico. Nel 2019, nell'ambito del gruppo di lavoro citato, è stato prodotto il Regolamento per la gestione del Blocco Operatorio (*delibera n. 69 del 14/01/2020*) previa verifica e condivisione del suo contenuto con i responsabili di tutte le UUOO.

Nel 2020 gli IFO procederanno ad applicare quanto previsto dal Regolamento sul Blocco Operatorio e continueranno a controllare il flusso delle liste di attesa per il ricovero e relativi tempi di attea prevedendo un controllo a campione. Si procederà a realizzare la procedura sul percorso chirurgico per la chirurgia breve.

Per quanto riguarda il controllo delle liste di attesa ambulatoriali (esami strumentali e visite) si procederà ad aggiornare il Piano Attuativo Aziendale gestione liste di attesa seguendo quanto previsto dal DCA 302/2019 e il monitoraggio delle stesse continuerà ad essere effettuato con visualizzazione in tempo reale sul sito istituzionale IFO e della regione Lazio. Si procederà a verificare a campione il rispetto delle liste di attesa ambulatoriali e a monitorare i tempi di attesa come previsto dalla normativa vigente.

CAPITOLO IV

ANALISI DELLE AREE DI RISCHIO GENERALE

4.1. Gestione delle entrate, delle spese

Principali Rischi:

- discrezionalità nella gestione dei pagamenti effettuati non in coerenza con le scadenze previste nei contratti o non in seguito ad avvenuto accertamento dei lavori o servizi eseguiti o della merce consegnata;
- mancata/errata registrazione delle fatture;
- fatturazione di prestazioni non svolte;
- mancati controlli o solleciti di pagamento;
- rischi di mancato controllo sugli incassi;
- rischi di discrezionalità nel recupero dei crediti.

Misure previste

- piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari che, quindi, agevolino la verifica ed il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico;
- trasparenza nelle modalità di pagamento attraverso la pubblicazione sul sito dei tempi di liquidazione dei fornitori secondo ordine cronologico delle fatture;
- gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse.

Ulteriori elementi di analisi:

Per quanto concerne la piena tracciabilità dei flussi contabili e finanziari si rappresenta che è realizzata attraverso la registrazione elettronica delle fatture. In particolare i pagamenti avvengono secondo le seguenti modalità regolamentate da precise procedure denominate "Percorsi Attuativi della Certificabilità" dei Bilanci (P.A.C.).

Relativamente al pagamento di fatture in conto capitale gli IFO, dietro specifico finanziamento, possono procedere alla liquidazione (autorizzazione) delle fatture stesse

attraverso la emissione di una determina sottoposta ad autorizzazione regionale. I fornitori di beni o lavori sono obbligatoriamente inseriti nell'Accordo pagamenti (Accordo stipulato tra Aziende del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio e fornitori di beni/servizi/lavori) e pertanto le operazioni di pagamento sono delegate alla Regione per conto dell'Istituto. E'obbligatorio l'inserimento del Codice Identificativo di Gara (C.I.G.).

Relativamente al pagamento di fatture per merce, il processo amministrativo contabile è interamente gestito attraverso Ordini di Acquisto (O.d.A.), controllo dei ricevimenti merce, della loro conformità all'ordine e dall'adesione quasi totalitaria dei fornitori all'Accordo pagamenti.

Relativamente al pagamento di fatture per servizi, la tracciabilità è garantita dalla applicazione dei P.A.C., dall'obbligatorietà del codice C.I.G. e, per il 95%, dalla adesione all'Accordo pagamenti.

Per quanto riguarda le fatture emesse da fornitori non aderenti all'Accordo pagamenti, si procede in applicazione dei P.A.C. che prevedono il rispetto delle scadenze contrattuali e/o l'accertamento da parte dei servizi utilizzatori dell'avvenuta esecuzione del servizio.

Sul versante delle entrate, infine, si rappresenta che il volume delle stesse è sostanzialmente costituito da fondi provenienti da Enti pubblici finanziatori e che solo una parte residua è costituita da entrate da privato sulle quali vi è obbligo di rendicontazione, di quadratura e di riconciliazione bancarie. Il Collegio Sindacale effettua il controllo a campione sulle procedure di recupero crediti mentre l'Ente Regionale, quello sui controlli sulla vetustà e sulla esigibilità dei crediti.

4.2. Gestione del Patrimonio

Ne fanno parte tutti i processi che riguardano la gestione e la valorizzazione del patrimonio, sia in uso, sia affidato a terzi e di ogni bene che l'ente possiede "a qualsiasi titolo" (locazione passiva).

Principali Rischi:

- cattiva conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà;
- determinazione nuovi contratti di fitto;

- determinazioni per dismissioni immobili;
- acquisto o locazione con prevalente interesse della controparte.

Misure previste:

- nel caso di concessione a terzi di beni di proprietà, rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito;
- predisposizione di procedura gestionale per la gestione di possibili dismissioni di fitti passivi (allo stato attuale in IFO non sono presenti contratti di locazione passiva).

Ulteriori elementi di analisi:

In caso di dismissione di immobilizzazioni materiali la procedura prevede l'autorizzazione preventiva da parte dalla Regione Lazio alla dismissione e lo svolgimento successivo di un'asta pubblica.

4.3. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

Principali Rischi:

- comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni individuali ovvero comportamenti abusivi volti a penalizzare i soggetti coinvolti.

Misure previste:

- adozione del nuovo Regolamento dei procedimenti disciplinari adottato con delibera n. 208 del 13 marzo 2019 che prevede la collegiabilità dell'Organismo denominato "Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)".

4.4. Contenzioso

Tale area riguarda le modalità di gestione del contenzioso, giudiziale e stragiudiziale e la liquidazione dei compensi agli avvocati esterni incaricati.

Principali Rischi:

- valutazione giuridica sulla opportunità di avviare e/o proseguire azioni legali e resistere in giudizio;
- discriminazione e favoritismi nell'ambito della selezione e successiva liquidazione dei compensi agli avvocati esterni.

Misure previste:

- predisposizione di form che prevedano l'accettazione del Codice di comportamento anche del PTPCT con previsione della decadenza dal rapporto contrattuale per i casi di violazione degli obblighi previsti;
- adozione di una procedura interna per la verifica periodica sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione sull'insussistenza di situazioni di incompatibilità, inconferibilità e conflitti di interesse;
- procedura gestionale per il controllo nella fase di liquidazione dei corrispettivi, con verifica della regolare esecuzione delle prestazioni dei soggetti esterni (*deliberazione n. 1142 del 29/12/2017*);
- trasparenza delle modalità di liquidazione delle spettanze professionali dei legali incaricati;
- pubblicazione sul sito web aziendale di un elenco degli incarichi affidati;
- scelta del professionista esterno secondo le procedure indicate nel Regolamento vigente (*deliberazione n. 788 del 20.08.2019*);
- previsione procedure di rotazione per gli affidamenti (*deliberazione n. 1142 del 29/12/2017*);
- Regolamento per l'attribuzione dei compensi ai professionisti avvocati e medici legali (*deliberazione n. 1142 del 29/12/2017* - da aggiornare al nuovo tariffario forense - DM n. 37/2018 entro 6 mesi).

Ulteriori elementi di analisi:

Si specifica che IFO non ha l'Avvocatura Interna e che la scelta del professionista esterno è svolta dall'Ufficio Contenzioso. L'elenco degli avvocati a cui può attingere l'IFO per le necessità di patrocinio e/o difesa in giudizio è stato approvato con deliberazione n. 788 del 20.08.2019 e viene periodicamente aggiornato.

4.5. Contratti Pubblici

Il PNA pone attenzione particolare ai contratti pubblici fornendo indicazioni che riguardano anche le stazioni appaltanti che operano in ambito sanitario.
Al fine di definire una mappatura dei processi in maniera corretta, il Piano suggerisce di procedere alla scomposizione del sistema di affidamento prescelto nelle fasi indicate alla pagina successiva:

1. programmazione
2. progettazione della gara
3. selezione del contraente
4. verifica dell'aggiudicazione
5. esecuzione del contratto
6. rendicontazione del contratto

4.5.1 Fase della programmazione e della progettazione

In questa fase gli IFO intendono tracciare la documentazione delle fasi del ciclo degli approvvigionamenti e delle opere da realizzare dalla qualificazione del fabbisogno alla programmazione dell'acquisto, sino alla definizione delle modalità di reperimento di beni, servizi e lavori.

Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione scongiurando l'utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione.

In particolare, occorre potenziare tutti gli strumenti della trasparenza.

In questa logica i soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni, servizi e lavori sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Principali Rischi:

- artificioso frazionamento nelle gare;
- indebito ricorso agli affidamenti diretti;
- proroghe degli affidamenti oltre ai limiti consentiti dalla norma;
- aggiornamento prezzi e varianti in corso d'opera;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto;
- nomina dei responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) e/o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;
- fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;
- procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;
- abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;
- formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione di punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.

Misure Previste:

- obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;

- per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere;
- controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).

4.5.2 Fase di selezione del contraente e fase di verifica dell'aggiudicazione

Principali Rischi:

- restringimento indebito della platea dei partecipanti alla gara;
- applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara;
- nomina di commissari in conflitto di interesse e/o privi dei requisiti necessari;
- alterazione o sottrazione della documentazione sia in fase di gara che nella successiva fase di controllo;
- mancato rispetto delle disposizioni che regolano i procedimenti di nomina della commissione;
- espletamento di gare aggiudicate con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida.

Misure Previste:

- utilizzo strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza nazionali e regionali (MEPA, CONSIP, STELLA) ed in via residuale utilizzo di strumenti autonomi di acquisto;
- acquisibilità online della documentazione di gara e accessibilità alla stessa;
- adozione del regolamento in materia di accesso, accesso civico ed accesso generalizzato (delibera n. 551 del 6 luglio 2017);

- idonea conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo e comunque non inferiore a quello legale al fine di consentire verifiche successive anche attraverso l'utilizzo dell'app F.R.O.G..

4.5.3 Fase di esecuzione e fase di rendicontazione del contratto

Principali Rischi:

- modificazione del contratto originario;
- subappalto oltre i limiti di legge;
- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento di esecuzione del contratto;

Misure Previste:

- controllo dell'applicazione di eventuali penali per il ritardo o inesatte esecuzioni;
- verifica dello stato di avanzamento dell'esecuzione del contratto e corretto assolvimento degli obblighi negoziali da parte del DEC e successiva verifica a cura del RUP;
- predisposizione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per le funzioni di Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC);
- predisposizione di certificato di regolare esecuzione delle prestazioni da parte del DEC propedeutiche alla liquidazione delle fatture.

Ulteriori elementi di analisi:

Al fine di garantire l'efficacia del controllo mirato alla corretta esecuzione del contratto vengono effettuate, da parte dei dirigenti di struttura, verifiche a campione sulle ispezioni eseguite dal RUP e dal DEC.

CAPITOLO V

ANALISI DELLE AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

5.1. Attività Libero Professionale

Principali Rischi:

- abuso della discrezionalità amministrativa nella gestione del processo autorizzativo all'esercizio della libera professione;
- sforamento dei limiti dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione;
- liquidazione onorari dei professionisti in assenza di controllo sull'effettivo incassato dall'Azienda;
- concorrenza sleale nella predisposizione delle tariffe intramoenia.

Misure Previste:

- adozione del Regolamento ALPI disciplinante gli aspetti organizzativi di erogazione delle prestazioni e correlata liquidazione degli onorari (Delibera n. 369 del 08/05/2019);
- verifica a campione del rispetto dei volumi di attività (prestazioni ambulatoriali e di ricovero) che, per norma (nazionale e regionale), non devono superare i corrispettivi volumi di prestazioni di ricovero previsti in attività istituzionale;
- adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI della prenotazione alla fatturazione;
- implementazione regolamento controllo volumi Istituzionale/ALPI.

6.1. Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie di ricerca

Principali Rischi:

- insufficienti verifiche delle richieste di acquisto provenienti dalle UOC, alla luce dagli atti di programmazione aziendale;

- insufficiente controllo quantitativo delle prestazioni provenienti dalla UUOO degli IFO.

Misure Previste:

- riscontri anche a campione tra i dati di consumo e la concreta consistenza di magazzino;
- utilizzo dei sistemi informatici per il controllo di gestione;
- monitoraggio per il confronto tra i dati di consumo e consistenze presenti in azienda e monitoraggio degli andamenti di consumo verso produzione.

7.1. Sponsorizzazioni

Principale Rischio:

- pericolo di concretizzazione del conflitto di interesse nei casi di formazione cd. Sponsorizzata sia come partecipante che come relatore, se i formatori sono prescrittori di farmaci o utilizzatori device prodotti dallo sponsor.

Misure previste:

- verifica istruttoria di assenza di conflitti d'interesse diretti e/o indiretti di tipo economico e autorizzazione;
- verifica delle dichiarazione dei professionisti (dipendenti e non) AGENAS - PNA SANITA' a cura del RPCT.

8.1. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Principali Rischi:

- fuga di notizie in ordine a un decesso a vantaggio di una determinata impresa di onoranze in cambio della retrocessione di una quota degli utili;

- segnalazione ai parenti di una determinata impresa di onoranze funebri da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o ai reparti per fini di personale profitto economico.

Misure previste:

- affissione obbligatoria di apposita cartellonistica nei locali di riferimento recanti l'avvertimento di "libera scelta" degli aventi diritto sulle modalità e sulla ditta esecutrice delle esequie con qualsiasi ditta funebre;
- tracciatura di dati relativi al decesso nel servizio di MORGUE.

CAPITOLO VI

ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DEL PERSONALE

9 Premessa normativa

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta uno degli strumenti più importanti per prevenire il fenomeno corruttivo. In particolare, l'obbligo di rotazione dei dirigenti e dei funzionari adibiti alle aree più esposte è finalizzato a prevenire i rischi provenienti da un'eccessiva vicinanza personale o da una fiducia sproporzionata tra dipendente pubblico e cliente/utente/fornitore.

I provvedimenti in materia di rotazione del personale devono tener conto delle generali esigenze organizzative aziendali e quelle specifiche di struttura, oltre che delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Di rotazione si è, inoltre, occupata più volte la legge n. 190/2012 la quale ha previsto:

- all'art. 1 comma 4 lett. e) che il Dipartimento della Funzione Pubblica deve definire: "criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni";
- all'art. 1 comma 5 della lettera b): che "le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari";
- all'art. 1 comma 10 lettera b): che "il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione".

Ancora, Il T.U. sul pubblico impiego n. 165/2001 all'art. 16 c.1 lett. l quater, in tema di rotazione, prevede che i dirigenti "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito

delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, 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).***

L'ANAC, invece, ha illustrato nei sui Piani l'importanza che riveste la rotazione dei dirigenti e dei dipendenti come strumento fondamentale per contrastare la corruzione.

Il P.N.A. 2016, in tema di rotazione degli incarichi, prevede infatti che le Pubbliche amministrazioni adottino i criteri per un'effettiva rotazione che coinvolga, non solo di Dirigenti, ma anche i Responsabili del procedimento e degli altri dipendenti nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Secondo il Piano, l'alternanza riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

La rotazione, pertanto, allontana il privilegio, la consuetudine e la prassi che possono finire per favorire coloro che sono capaci di intessere relazioni con i dipendenti e dirigenti che, in maniera inamovibile, sono inseriti in un certo ruolo, a discapito di altri.

Il Piano nazionale anticorruzione, però, ricorda che lo strumento della rotazione non deve essere visto come una misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Infatti, detta misura di prevenzione del rischio di corruzione impone alcuni passaggi preliminari:

– in primo luogo, occorre identificare in via preventiva gli uffici e servizi che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;

– occorre, poi, individuare anche le modalità di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione.

In linea generale la rotazione del personale addetto alle attività a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura importante, ma di difficile attuazione in un'azienda sanitaria.

La rotazione è infatti difficilmente attuabile nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, in particolare del personale medico, in quanto si tratta di personale che deve essere

necessariamente assegnato alla struttura corrispondente alla propria disciplina di specializzazione, specie in ambito IFO densamente popolato di discipline iper-specialistiche, a tratti difficilmente fungibili.

La rotazione è difficilmente attuabile anche nei settori amministrativi poiché comporterebbe il rallentamento dell'attività ordinaria deprivando talune aree di personale formato negli anni ed in grado di condurre efficacemente la propria azione esecutiva.

La difficoltà di attuare la rotazione in ambito amministrativo dipende anche dall'età del personale (età media 50 anni) poco interessato a investire nell'acquisizione di nuove competenze e demotivato dal fatto di non poter trasmettere le conoscenze acquisite in tanti anni di carriera, stante la totale assenza di ricambio generazionale. Di recente l'ANAC ha formulato importanti orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano nazionale:

- la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto, non si dovrà dare luogo a misure di rotazione qualora esse comportino la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
- la rotazione incontra anche dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono contemperare quindi le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
- i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPCT e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;

- sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

L' attuazione di tale misura può comportare che:

- alla scadenza dell'incarico, le responsabilità del personale dirigenziale devono essere trasferite ad altro dirigente, a prescindere dalla valutazione riportata dal dirigente uscente;
- il profilo professionale di inquadramento del dipendente può essere cambiato, nell'ambito delle mansioni equivalenti o qualifica di appartenenza;
- l'applicazione della misura deve essere valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione potrebbe comportare un temporaneo rallentamento delle attività ordinarie dell'amministrazione;
- l'attuazione della mobilità potrebbe costituire uno strumento utile ai fini della realizzazione della rotazione delle figure professionali specifiche;

nel caso di impossibilità di applicazione della rotazione al personale dirigenziale, essa viene applicata al personale non dirigenziale.

9.1 Criteri per la rotazione del personale nelle aree a rischio

La rotazione, nel rispetto delle esigenze organizzative, dovrebbe avvenire utilizzando uno dei seguenti criteri:

1. Per competenza, con assegnazione del dipendente ad altre competenze della medesima struttura;
2. Per articolazione, con assegnazione del dipendente ad una diversa articolazione organizzativa;
3. Mista, con assegnazione del dirigente ad altre competenze ed in altre articolazioni.

E' doveroso precisare che, come indicato dal PNA 2016 nella sezione "Sanità", gli elementi di valutazione della rotazione del personale devono essere contemperati con l'esigenza del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria.

9.2 Modalità di attuazione della rotazione

La rotazione deve essere supportata da idonee e tempestive iniziative formative dirette a formare il personale che dovrà subentrare nelle attività a rischio e quello che dovrà essere assegnato ad altre attività. Dove possibile, la formazione deve essere effettuata con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.

Nei limiti delle possibilità garantite dal personale in organico, dai limiti ad assunzioni e mobilità e dalle risorse economiche disponibili, deve essere garantito l'affiancamento, per il dirigente neoincaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

9.3 La rotazione in IFO.

Per quanto riguarda, infine, l'indice la rotazione del personale, si rappresenta che, per l'anno 2019, si è registrato un indice complessivo pari al 8,9%. Più in particolare, si sono registrati i seguenti indici per le diverse Aree definite:

- 1% per l'area Clinica;
- 1,8% per l'area Tecnico-Amministrativa;
- 6,1% per le altre professioni sanitarie.

Il dato, riferito ad una sola annualità, risente inevitabilmente di due fattori: per il personale dell'Area Clinica, della scarsa possibilità di essere adibito a mansioni diverse rispetto a quelle per le quali è stato assunto e, per il personale dell'area tecnico amministrativa, del blocco del turn over che ha determinato la "specializzazione" di molti dipendenti nonché della recente acquisizione di personale "giovane", che si trova a ricoprire nuovi ruoli da pochissimo tempo e che necessita di formazione sul campo. La restante percentuale di rotazione, non ancora effettuata rispetto al 10% complessivo indicato nel PTPCT 2019-2021, sarà completata nel biennio 2020/2021.

La rotazione del personale opererà anche prima della scadenza in caso di coinvolgimento del soggetto in un procedimento penale o procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, con attuazione delle misure di cui all'art. 16 c. 1 lett. l quater e art. 55 c. 1 del D.Lgs 165/2001 **(cd. rotazione straordinaria).**

CRONOPROGRAMMA E UNITA' COINVOLTE NELLE ATTIVITA' DI REMEDIATION	MISURE PREVISTE	RESPONSABILI	TEMPI DI ATTUAZIONE E DI VERIFICA
3.1 Incarichi dirigenziali di Struttura Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale	Adozione atto aziendale con deliberazione n. 557/2019 avente ad oggetto: "Esecutività Atto deliberativo n. 489 del 03.06.2019 avente ad oggetto: Adozione Atto Aziendale-integrazione alla delibera n. 153 del 19.02.2019".	UOC Risorse Umane	Approvato con DCA della Regione Lazio n. UOO268 del 2 luglio 2019
	Adozione del Piano triennale del Fabbisogno del personale.	UOC Risorse Umane	Delibera n. 20 del 16/01/2019
	Adozione regolamento conferimento incarichi ex art. 18.	UOC Risorse Umane	Deliberazione n. 950 del 23/11/2018
	Determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione Unità operative complesse del ruolo sanitario del SSN ai sensi del D.P.R. 484 del 10 dicembre 1997.	UOC Risorse Umane	I bandi sono stati adeguati ai requisiti previsti dalla DGR 574/19
	Determinazione dei requisiti per l'accesso alla Dirigenza del SSN D.P.R. 483 del 10 dicembre 1997.	UOC Risorse Umane	Continuo
	Modalità di costituzione della Commissione esaminatrice come da normativa sopra indicata e da regolamentazione ed indicazioni operative regionali.	UOC Risorse Umane	Continuo
3.2 Incarichi di Comparto	Applicazione del nuovo CCNL 2016-2018 e adozione del relativo regolamento al fine di disciplinare il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione.	UOC Risorse Umane	Delibera n. 727 del 08/08/2019
3.3 Incarichi extraistituzionali	Applicazione del regolamento aziendale per il conferimento di incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 D.Lvo 165/2001 e s.m.i..	UOC Risorse Umane Direzioni Scientifiche	Delibera n. 414 del 17/05/2019 - in corso di aggiornamento entro tre mesi
3.4 Incarichi a soggetti esterni	Modalità di costituzione delle Commissioni per il conferimento di incarichi a tempo determinato, incarichi dirigenziali ex art.15 septies, borse di studio, lavoro autonomo, come da regolamento aziendale.	UOC Risorse Umane UOSD Servizio Amministrativo per la Ricerca	Delibera n. 972 del 23/11/2017
	Tempestiva pubblicazione e comunicazione degli esiti delle selezioni al fine di garantire la massima trasparenza degli atti condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	UOC Risorse Umane UOSD Servizio Amministrativo per la Ricerca	Già in vigore
	Adozione del regolamento per la disciplina del conferimento e per la determinazione dei compensi professionali.	UOC Affari Generali e Legali	Delibera n. 1142 del 29/12/2017
	Regolamento per l'accesso alla formazione.	Servizio formazione	Delibera n. 182 del 05/03/2019
	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni sulla insussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitti di interesse.	UOC Risorse Umane e Servizio Formazione	Già in vigore

	Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Albo docenti aziendali.	Servizio Formazione	Già in vigore Pubblicazione entro tre mesi
	Monitoraggio delle docenze attribuite con compensi maggiori di quelli mediamente previsti.	Servizio Formazione	Continuo
3.5 **Affidamento di lavori, servizi e forniture**	Verifica della strutturazione dei capitolati di gara al fine di evitare la presenza di requisiti di natura non strettamente tecnica e che possano limitare la concorrenza tra gli operatori economici.	UOC Farmacia IFO, UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Utilizzo piattaforma CONSIP, laddove prevista.	UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Uso del "Mercato elettronico" per la Pubblica Amministrazione (MEPA).	UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Informatizzazione dei processi, anche mediante l'utilizzo dell' ***app*** per archiviazione denominata F.R.O.G. di proprietà degli IFO collegata a server gestiti in cartelle criptate. Tale app individua la tempistica della procedura da visionare, l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti ed altresì permette l'accesso ai dati ed alla documentazione archiviata.	UOC Acquisizione Beni e Servizi in coordinamento con UOC Patrimonio e Tecnico e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali anche mediante l'app FROG.	UOC Acquisizione Beni e Servizi	Già in vigore
	Trasmissione ad Osservatorio Regionale ed ANAC dei dati ed informazioni relativi a procedure di affidamento di servizi, forniture e lavoro superiori a 40.000,00 EURO.	UOC Affari Generali e Legali in coordinamento con UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Rotazione componenti commissione giudicatrice, laddove possibile e sottoscrizione, da parte di ciascun Commissario, di una apposita dichiarazione di assenza di abituale frequentazione diretta con ciascun operatore economico partecipante alla procedura di gara.	UOC Acquisizioni Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico e UUOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici, in coordinamento con UOC Affari Generali e Legali	Già in vigore

	Pubblicazione determinazioni di indizione ed aggiudicazione delle procedure di affidamento (su canale amministrazione trasparente on line – ANAC- CONSIP- MEPA).	UOC Acquisizione Beni e Servizi in coordinamento con UOC Patrimonio e Tecnico e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Utilizzo piattaforma "STELLA" della Regione Lazio.	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico	Già in vigore
	Affidamento di servizi e forniture superiori a 40 mila euro e fino alle soglie comunitarie di procedure telematiche estese a tutti gli operatori economici iscritti nella relativa categoria merceologica del MEPA ove non vi siano esigenze tecniche e peculiarità del mercato di riferimento che impongano il ricorso alle procedure negoziate nei limiti di cui all'art. 36 del D.Lgs 50/2016.	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico	Già in vigore
3.6 **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**	Monitoraggio delle liste di attesa e tempi di attesa per esami diagnostici e per visite	Direzione Medica di Presidio	verifica in tempo reale sul sito regione Lazio i tempi di attesa
	Adozione del Piano Attuativo Aziendale Gestione liste di attesa secondo DCA 302/2019	Direzione Medica di Presidio	entro sei mesi
	Informatizzazione delle liste di attesa sugli applicativi informatici. - Completamento dell'informatizzazione liste con cartella ambulatoriale elettronica	Direzione Medica di Presidio e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	come da cronoprogramma aziendale
	Monitoraggio degli interventi chirurgici c.d. sentinella, ripresi dal piano nazionale Liste d'Attesa con controllo a campione	Direzione Medica di Presidio	semestrale
	Adozione della procedura sul percorso chirurgico per la chirurgia breve	Direzione Medica di Presidio, coordinatore medico Blocco Operatorio	entro sei mesi
4.1 **Gestione delle entrate, delle spese**	La piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico.	UOC Risorse Economiche	Già in vigore
	Rotazione del personale del servizio addetto ai mandati di pagamento.	UOC Risorse Economiche	Continuo
	Trasparenza nelle modalità di pagamento attraverso la pubblicazione sul sito dei tempi di liquidazione dei fornitori secondo ordine cronologico delle fatture.	UOC Risorse Economiche	Continuo
	Gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse.	UOC Risorse Economiche	Continuo

4.2 **Gestione del patrimonio**	Nel caso di concessione a terzi di beni di proprietà, rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.	UOC Acquisizione Beni e Servizi	Codice degli appalti e delle concessioni dei contratti pubblici
	Predisposizione di procedure gestionali per la gestione di possibili dimissioni di fitti passivi.	UOC Risorse Economiche	Continuo
4.3 **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**	Adozione del regolamento sul procedimento disciplinare.	UOC Risorse Umane	delibera n. 208 del 13/03/2019
4.4. **Contenzioso**	Predisposizione di *form* che prevedano l'accettazione del Codice di comportamento anche del PTPCT con previsione della decadenza dal rapporto contrattuale per i casi di violazione degli obblighi previsti.	UOC Risorse Umane	Già in vigore
	Adozione di una procedura interna per la verifica periodica sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione sull'insussistenza di situazioni di incompatibilità, inconferibilità e conflitti di interesse.	UOC Affari Generali e Legali e UOC Risorse Umane	In attuazione dal 01.01.2020
	Procedura gestionale per il controllo nella fase di liquidazione dei corrispettivi, con verifica della regolare esecuzione delle prestazioni dei soggetti esterni.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Delibera n. 1142 del 29/12/2017
	Trasparenza delle modalità di liquidazione delle spettanze professionali dei legali incaricati.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Già in vigore
	Pubblicazione sul sito web aziendale di un elenco degli incarichi affidati.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Già in vigore
	Scelta del professionista esterno secondo le procedure indicate nel Regolamento vigente.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Delibera n. 981 del 27/11/2017
	Previsione procedure di rotazione per gli affidamenti.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Delibera n. 1142 del 29/12/2017
	Regolamento per l'attribuzione dei compensi ai professionisti avvocati e medici legali.	Adempimento trasferito temporeaneamente alla UOC Risorse Umane	Delibera n. 1142 del 29/12/2017 (da aggiornare al nuovo tariffario forense - DM n. 37/2018 entro 6 mesi)

4.5.1 **Contratti pubblici: 1) fase di programmazione 2) fase di progettazione**	Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.	UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.	UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).	UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Patrimonio e Tecnico, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
4.5.2 **Contratti pubblici: 3) fase di selezione del contraente 4) fase di verifica dell'aggiudicazione**	Utilizzo strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza nazionali e regionali (MEPA, CONSIP, STELLA) ed in via residuale utilizzo di strumenti autonomi di acquisto.	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Acquisibilità online della documentazione di gara e accessibilità alla stessa .	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico	Già in vigore
	Adozione del regolamento in materia di accesso, accesso civico ed accesso generalizzato.	UOC Affari Generali e Legali	Delibera n. 551 del 6 luglio 2017
	Idonea conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo e comunque non inferiore a quello legale al fine di consentire verifiche successive anche attraverso l'utilizzo dell'app F.R.O.G..	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico	Già in vigore
4.5.3 **Contratti pubblici: 5) fase di esecuzione del**	Controllo dell'applicazione di eventuali penali per il ritardo o inesatte esecuzioni.	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Verifica dello stato di avanzamento dell'esecuzione del contratto e corretto assolvimento degli obblighi negoziali da parte del DEC e successiva verifica a cura del RUP.	UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Patrimonio e Tecnico e UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore

contratto 6) fase di rendicontazione del contratto	Predisposizione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per le funzioni di Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC).	UOC Acquisizione Beni e Servizi	Già in vigore
	Predisposizione di certificato di regolare esecuzione delle prestazioni da parte del DEC propedeutiche alla liquidazione delle fatture.	TUTTI I DEC	Già in vigore
5.1 **Attività Libero Professionale**	Adozione del Regolamento ALPI disciplinante gli aspetti organizzativi di erogazione delle prestazioni e correlata liquidazione degli onorari.	UOS ALPI	Delibera n. 369 del 08/05/2019
	Verifica a campione del rispetto dei volumi di attività (prestazioni ambulatoriali e di ricovero) che, per norma (nazionale e regionale), non devono superare i corrispettivi volumi di prestazioni e di ricovero previsti in attività istituzionale.	Direzione Medica di Presidio in collaborazione con UOS ALPI	semestrale
	Adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione.	UOS ALPI in coordinamento con UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	Già in vigore
	Implementazione Regolamento controllo volumi Istituzionale/ALPI.	UOS ALPI	in corso di approvazione
6.1 **Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie di ricerca**	Riscontri anche a campione tra i dati di consumo e la concreta consistenza di magazzino.	UOC Farmacia IFO e UOC ABS	Già in vigore
	Utilizzo dei sistemi informatici per il controllo di gestione	UOC Farmacia IFO in coordinamento con UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici e UCO Acquisizione Beni e Servizi	Già in vigore
	Monitoraggio per il confronto tra dati di consumo e consistenze presenti in azienda e monitoraggio degli andamenti di consumo verso produzione.	Internal Auditor	Già in vigore
7.1 Sponsorizzazioni	Verifica istruttoria di assenza di conflitti d'interesse diretti e/o indiretti di tipo economico e autorizzazione.	Direzioni Scientifiche IRE- ISG	Continuo
	Verifica delle dichiarazione dei professionisti (dipendenti e non) AGENAS – PNA SANITA'.	RPCT	Continuo
8.1 **Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero**	Affissione obbligatoria di apposita cartellonistica nei locali di riferimento recanti l' avvertimento di "libera scelta" degli aventi diritto sulle modalità e sulla ditta esecutrice delle esequie con qualsiasi ditta funebre.	Direzione Medica di Presidio	Continuo
	Tracciatura di dati relativi al decesso nel servizio di MORGUE.	Direzione Medica di Presidio	Già in vigore