

# Piano triennale di prevenzione della corruzione 2019 - 2021

*(Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, articolo 1, commi 8 e 9 della Legge 6.11.2012 n. 190)*

## Sommario

1. Introduzione.....	4
2. Obiettivi del PTPCT .....	5
3. Il concetto di corruzione all'interno del PTPCT .....	5
4. Natura, Mission, vision e organizzazione.....	5
5. Analisi del contesto esterno.....	8
6. Analisi del contesto interno.....	10
7. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) 12	
8. I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. 13	
9. Altri soggetti che partecipano alla strategia della Prevenzione della Corruzione. 13	
10. Oggetto e finalità del PTPC .....	14
11. Destinatari del PTPC .....	14
12. Gli aggiornamenti .....	15
13. Il Titolare del potere sostitutivo .....	17
14. La Gestione del rischio .....	17
15. Mappatura dei processi.....	17
16. Valutazione e mappatura del rischio .....	18
17. Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, “aree di rischio” .....	18
18. Metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio .....	19
• L'Identificazione del rischio.....	19
• L'analisi del rischio .....	19
• Stima del valore della probabilità che il rischio si concretizzi .....	19
• Stima del valore dell'impatto.....	20
• La ponderazione del rischio.....	20
19. Il trattamento .....	20
20. Precisazioni sulle procedure di acquisizione beni e servizi.....	38

<b>21. Attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano, nonché canali e strumenti di partecipazione.....</b>	<b>38</b>
<b>22. Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione .....</b>	<b>39</b>
<b>23. Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano .....</b>	<b>39</b>
<b>24. Misure di prevenzione .....</b>	<b>39</b>
<b>25. Misure di prevenzione obbligatorie .....</b>	<b>39</b>
• Adempimenti in materia di trasparenza .....	39
• Codice etico e di comportamento aziendale .....	39
• Rotazione del Personale .....	40
<b>26. Conflitto di interesse.....</b>	<b>41</b>
<b>27. Il conflitto di interessi nel settore degli appalti pubblici .....</b>	<b>43</b>
<b>28. Commissioni di gara.....</b>	<b>44</b>
<b>29. La dichiarazione relativa al conflitto di interesse.....</b>	<b>44</b>
<b>30. Contenuti della dichiarazione .....</b>	<b>44</b>
<b>31. Strumenti di controllo delle dichiarazioni .....</b>	<b>45</b>
<b>32. Raccolta e conservazione delle dichiarazioni .....</b>	<b>45</b>
<b>33. Procedura per la gestione del conflitto di interesse .....</b>	<b>45</b>
<b>34. Inconferibilità-incompatibilità incarichi dirigenziali.....</b>	<b>46</b>
<b>35. Astensione in caso di conflitto di interesse .....</b>	<b>47</b>
<b>36. Attività successive alla cessazione dal servizio.....</b>	<b>47</b>
<b>37. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. ....</b>	<b>48</b>
<b>38. Tutela del whistleblower .....</b>	<b>49</b>
<b>39. Formazione del personale.....</b>	<b>52</b>
<b>40. Rapporto con la società civile.....</b>	<b>53</b>
<b>41. Monitoraggio dei tempi procedurali .....</b>	<b>53</b>
<b>42. Monitoraggio rapporti amministrazione/soggetti esterni .....</b>	<b>54</b>
<b>43. Informatizzazione dei processi.....</b>	<b>54</b>
<b>44. Controllo sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ....</b>	<b>54</b>
<b>45. Misure di prevenzione ulteriori di carattere specifico .....</b>	<b>55</b>
<b>46. Attività di monitoraggio ulteriori .....</b>	<b>55</b>
<b>47. Adozione, entrata in vigore, pubblicità ed aggiornamento del PTPC .....</b>	<b>55</b>

## **Sezione 2^ Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**

<b>1. Organizzazione e funzioni dell'Amministrazione.....</b>	<b>58</b>
<b>2. Obiettivi strategici in materia di trasparenza .....</b>	<b>60</b>
<b>3. Collegamento con il Piano della performance .....</b>	<b>61</b>
<b>4. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del programma.....</b>	<b>62</b>
<b>5. Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento .....</b>	<b>62</b>
<b>6. I termini e le modalità di adozione del programma da parte degli organi di vertice.....</b>	<b>63</b>
<b>7. Iniziative di comunicazione della trasparenza .....</b>	<b>63</b>
<b>8. Le iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati.....</b>	<b>63</b>
<b>9. Processo di attuazione del programma .....</b>	<b>63</b>
<b>9.1 Individuazione dei dirigenti responsabili della produzione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati.....</b>	<b>63</b>
<b>9.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi .....</b>	<b>64</b>
<b>9.3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza .....</b>	<b>65</b>
<b>9.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione “amministrazione trasparente” .....</b>	<b>66</b>
<b>9.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico .....</b>	<b>66</b>
<b>10. Dati ulteriori.....</b>	<b>66</b>

Allegato 1 Misure di prevenzione obbligatorie

Allegato 2 Misure di prevenzione ulteriori

Allegato 3 Scheda di relazione illustrativa delle attività di Prevenzione della Corruzione

Allegato 4 Richiesta di astensione

Allegato 5 Decisione alla richiesta di astensione

Allegato 6 Schema dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Allegato 7 Schema di procedura proposta per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all'interno dell'Amministrazione

Allegato 8 Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza (determinazione ANAC n. 6/2015)

## 1. Introduzione

Sulla Gazzetta Ufficiale numero 265 del 13 novembre 2012 è stata pubblicata la legge 6 novembre 2012 n. 190.

La legge 190/2012, anche nota come “*legge anticorruzione*”, reca le *disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*.

La legge è entrata in vigore il 28 novembre 2012.

L’art. 19, comma 15, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 «*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*» ha trasferito all’Autorità nazionale anticorruzione le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di prevenzione della corruzione, di cui all’articolo 1 della legge 6 novembre 2012 n. 190 recante «*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*».

La “legge anticorruzione” è stata poi modificata dal D.Lgs. 25-5-2016 n. 97 “*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*”.

Le principali novità del d.lgs. 97/2016 riguardano il definitivo chiarimento sulla natura, sui contenuti e sul procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, la definitiva delimitazione dell’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

La legge 30/11/2017 “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*” ha recepito le indicazioni delle Linee Guida ANAC n. 6 del 2015 che avevano sollecitato un inserimento del legislatore per rendere più corrette ed effettive le misure di tutela a favore del segnalante l’illecito (whistleblower).

In data 04.08.2016 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Con Delibera n. 1208 in data 22.11.2017 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Con Delibera n. 1074 del 21/11/2018 ANAC ha approvato definitivamente l’Aggiornamento 2018 al Piano Triennale Anticorruzione, con specifici approfondimenti in materia di agenzie fiscali, gestione dei fondi strutturali, gestione dei rifiuti e semplificazione per i piccoli comuni. Al suddetto aggiornamento è stata allegata la delibera ANAC n. 840/2018 (richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) e i Riferimenti normativi sul ruolo e le funzioni del RPCT.

L’aggiornamento 2018 al PNA, approvato con delibera ANAC n. 1074 in data 21.11.2018, ha affrontato, fra gli argomenti di carattere generale, alcune considerazioni conclusive utili a perimetrare il tipo di poteri che il RPCT può esercitare nell’ambito delle funzioni di verifica e controllo attribuite dalla legge, evidenziate nella delibera ANAC n. 840 del 02.10.2018.

Nella Parte generale, che precede gli approfondimenti tematici, ha evidenziato alcune questioni, oggetto anche di delibere dell’Autorità, allo scopo di fornire a tutti i soggetti destinatari del PNA chiarimenti in merito ai dubbi interpretativi sorti per la corretta applicazione della disciplina in materia di prevenzione della corruzione.

## 2. Obiettivi del PTPCT

In conformità a quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, il Piano Triennale deve prevedere i seguenti elementi indefettibili:

- obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione;
- individuazione referenti della trasparenza e della prevenzione della corruzione;
- aree e processi esposti al rischio di corruzione (aree di rischio);
- metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
- misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi;
- misure per l'attuazione delle disposizioni in materia di incompatibilità/inconferibilità degli incarichi dirigenziali;
- riferimento al codice di comportamento, del quale è prevista una ridefinizione nell'anno 2017, con integrazioni e specificità rispetto a quello nazionale approvato con D.P.R. 62/2013 e indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di comportamento;
- misure per la tutela del dipendente che segnala condotte illecite (cd whistleblowing);
- misure per la rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
- attività di formazione destinate al personale;
- piano della trasparenza;
- misure organizzative per dare attuazione effettiva agli obblighi di trasparenza;

## 3. Il concetto di corruzione all'interno del PTPCT

Il Piano Nazionale Anticorruzione ha confermato la definizione del concetto di "corruzione" non solo più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

## 4. Natura, mission, vision e organizzazione

Il CRO è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore oncologico. Persegue quindi, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di sanitarie di alto livello. Le norme attribuiscono altresì all'IRCCS CRO compiti di alta formazione specifica.

I **principi** ai quali si ispira l'Istituto nell'attività di ricerca e di erogazione di prestazioni assistenziali sono:

- la valorizzazione ed il rispetto dei contenuti dei Codici Deontologici delle professioni sanitarie;
- la garanzia dell'equità e dell'universalità dell'accesso;
- il rispetto della libertà delle scelte informate, consapevoli e responsabili nonché dei diritti individuali del cittadino;
- la tutela della qualità della vita umana nelle sue diverse fasi;
- il rispetto delle pari opportunità nella selezione, valorizzazione e sviluppo professionale delle risorse umane;

- la responsabilità gestionale e clinica nei confronti dell'offerta dei servizi sanitari alla comunità;
- la finalizzazione prioritaria delle attività di ricerca alle conoscenze per il miglioramento delle attività di prevenzione, diagnosi e cura in ambito oncologico anche in relazione alle caratteristiche individuali, genetiche e cliniche dei pazienti, all'influenza degli ambienti di vita e di lavoro e a pregresse condizioni patologiche predisponenti;
- la dichiarazione di Helsinki (1964 e ss.mm.) riguardo ai principi etici della ricerca medica applicata agli esseri umani;
- la Convenzione di Oviedo (04/04/1997) per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina;
- le Linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche;
- le normative italiane inerenti i Comitati Etici e la Sperimentazione Clinica;
- le Carte dei Diritti e dei Doveri del Malato Oncologico;
- il rispetto delle norme sulla riservatezza.

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano inoltre promuove:

- la lealtà di tutti i membri dell'organizzazione verso la mission, i principi e gli obiettivi dell'Istituto e la collaborazione tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- la capacità dell'organizzazione di orientare modelli operativi focalizzati ai reali bisogni di salute del cittadino;
- l'assunzione di responsabilità e l'autonomia della dirigenza e dei vari livelli operativi, al fine di valorizzare tutte le competenze e le risorse professionali disponibili per le finalità scientifiche, clinico-assistenziali e formative dell'Istituto;
- lo sviluppo professionale e personale dei dipendenti anche attraverso iniziative di formazione continua, per poter sapere, comunicare ed agire con appropriatezza, efficacia e competenza;
- modelli di miglioramento continuo della qualità che tendono all'eccellenza per implementare le conoscenze, l'utilizzo della tecnologia e l'integrazione dei sistemi sanitari in coerenza con l'evoluzione dei bisogni e delle aspettative dei portatori di interesse;
- la trasparenza e l'imparzialità nell'attività amministrativa, in quella clinica e di ricerca;
- la valutazione e il costante monitoraggio dell'impatto ambientale delle strutture e delle attività, la compatibilità e sostenibilità ambientale di nuove progettazioni ed attività nonché iniziative di educazione alla tutela ambientale.

Il CRO regola la propria attività tenendo conto:

- dei valori e delle priorità nella ricerca e innovazione biomedica e sanitaria così come definite dai piani regionali, nazionali, della Comunità Europea, dell'OMS, delle Società Scientifiche e della letteratura internazionale;
- della domanda di prestazioni sanitarie valutata secondo i criteri di appropriatezza e di priorità clinica, al fine di assicurare anche la massima tempestività dell'offerta, integrata nelle reti e nei contesti territoriali;
- della necessità di assicurare ottimale fruizione dei servizi per mezzo di un'adeguata ampia informazione sull'organizzazione e le modalità di accesso;
- dell'EBM (Evidence Based Medicine) nella pratica clinica;
- dell'EBN (Evidence Based Nursing) nella pratica assistenziale;
- dell'EBHC (Evidence Based Health Care) nell'erogazione dei servizi;
- dell'Health Technology Assessment;
- dei principi delle reti HPH (Health Promoting Hospital) relativamente all'empowerment dei cittadini e dei professionisti e degli operatori sanitari;

- dei sistemi di valutazione dell'efficienza comparativa, costo-efficacia e rischio-beneficio;
- della qualità percepita interna ed esterna;
- di necessità formative correlate con le prospettive programmatiche e di sviluppo dell'Istituto;
- del rispetto dei diritti dei lavoratori, attraverso l'osservanza della normativa vigente, dei dettati contrattuali e di una corretta gestione delle relazioni sindacali promuovendone altresì l'informazione e la partecipazione;
- della centralità del cittadino-utente, dell'umanizzazione e della sicurezza dei processi assistenziali;
- della riduzione dei rischi e della promozione della sicurezza e salute dei lavoratori.

Il CRO è impegnato a:

- programmare e condurre attività innovative nell'ottica della ricerca traslazionale;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo oncologico, anche tenendo conto delle variazioni demografiche, generali ed individuali della popolazione, valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato oncologico considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenza di pluripatologie anche al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e promuovere offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie;
- incrementare la ricerca attraverso la valorizzazione di attività volte al conseguimento di risorse finalizzate;
- migliorare la conoscenza dell'eziologia delle malattie oncologiche e delle condizioni ad esse associate, all'identificazione di nuovi modelli e modalità di prevenzione, diagnosi, assistenza e terapia, anche nella prospettiva della continuità con i servizi territoriali e/o le reti ospedaliere;
- erogare prestazioni sanitarie a persone di interesse oncologico o con rischio ad esso correlato;
- attuare l'assistenza e la cura interdisciplinare dei pazienti con tumore provvedendo altresì al successivo controllo periodico ed assicurando un adeguato supporto di riabilitazione fisica e psicologica e un opportuno sostegno ai familiari;
- costituire riferimento per enti ed istituzioni, pubbliche o private, per pareri e approfondimenti relativi a patologia oncologica correlabile a esposizioni lavorative o ambientali o altri fattori di rischio;
- fornire consulenze, anche in forma di seconda opinione, diretta o a distanza, in campo oncologico, così come già attuato per l'Alleanza degli Ospedali Italiani nel Mondo (TCAS);
- svolgere funzione di riferimento regionale del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia e promuovere le interazioni con le reti dei Registri Tumori Italiani ed internazionali;
- provvedere alla raccolta, alla elaborazione ed alla diffusione di informazioni concernenti i dati epidemiologici ed i fattori causali dei tumori anche partecipando a programmi di educazione sanitaria allo scopo della prevenzione dei tumori;
- svolgere attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con Università e con altre Istituzioni nazionali ed internazionali;
- partecipare, nell'ambito dei propri fini istituzionali, alla realizzazione di programmi indicati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, dai programmi della Commissione Europea e delle Agenzie Internazionali nonché supportare altre iniziative promosse dalla Regione nel campo della cooperazione internazionale;
- contribuire al funzionamento di Alleanza Contro il Cancro;
- stabilire opportune ulteriori forme di collaborazione nel settore Oncologico con enti, istituzioni, laboratori di ricerca italiani e stranieri, al fine di realizzare e sviluppare sinergie nel campo della ricerca scientifica, della formazione, dell'assistenza, e di contribuire al miglioramento dello stato di salute anche in aree geografiche e popolazioni individuate da specifici accordi;
- promuovere collaborazioni con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela di utenti operanti nei campi di interesse oncologico, al fine di realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per incrementare sinergie di crescita e di miglioramento, anche finalizzate alla qualità dell'accoglienza, alla conoscenza e al soddisfacimento dei bisogni non assistenziali, al rilevamento della qualità percepita;

- collaborare con Enti ed Istituti nazionali e regionali per iniziative di formazione e aggiornamento in ambito oncologico rivolte a personale sanitario;
- predisporre strumenti integrati di valutazione sull'impatto delle azioni attuate rispetto ai soggetti pubblici e privati, coinvolti e destinatari delle stesse, anche mediante metodologie di "bilancio sociale";
- svolgere, ai sensi dell'art. 8, comma 7, D.Lgs. 288/2003, attività di alta formazione nell'ambito della disciplina e della attività di riferimento che è l'oncologia.

## 5. Analisi del contesto esterno

Le persone residenti in Friuli Venezia Giulia sono 1.216.853, di cui 106.681 cittadini stranieri. Questi ultimi sono aumentati del 2,3% rispetto al 31.12.2016 e rappresentano l'8,8% della popolazione. Nei cinque comuni più popolosi della regione risiedono complessivamente 417.501 abitanti: 204.338 nel capoluogo Trieste, 99.518 a Udine, 51.127 a Pordenone, 34.411 a Gorizia e 28.107 a Monfalcone. Gli italiani residenti all'estero iscritti all'AIRE dei Comuni del Friuli Venezia Giulia sono 176.483; escludendo i nati all'estero e limitandosi alle iscrizioni dal 2008 in poi, gli iscritti all'estero sono 16.222, di cui 2.292 nel Regno Unito, 1.500 in Germania e 1.145 in Francia. Nel 2016 è stata concessa la cittadinanza italiana a 3.137 residenti, 516 per matrimonio (principalmente a maschi, 444) e 2.621 per residenza (principalmente a femmine, 1.567). Aumenta l'età media dei residenti del FVG, che al 31.12.2017 era pari a 47,3 anni contro i 46,9 anni a fine 2016. Quanto alla natalità, il tasso di fecondità totale o numero medio di figli per donna è pari a 1,31, in leggera diminuzione rispetto all'1,33 del 2016, e l'età media al parto è di 31,9 anni. Nel 2016 sono stati celebrati 3.566 matrimoni, 20 in più del 2015. Il 63,7% si è svolto con rito civile, contro una media nazionale del 46,9%; in provincia di Trieste tale percentuale sale al 73,9%. La speranza di vita alla nascita è pari a 80,7 anni per gli uomini e a 85,5 anni per le donne, un aumento rispettivamente di 0,3 anni per gli uomini e di 0,1 anni per le donne rispetto al 2016. La provincia più longeva è quella di Pordenone, con una speranza di vita pari a 81,6 anni per gli uomini e 85,9 anni per le donne. I decessi nel 2017 sono stati 10.997, la prima causa di morte sono le malattie del sistema cardiocircolatorio (3.706 decessi), seguite dai tumori (3.161 decessi), che sono invece la prima causa di morte prima dei 65 anni (491 decessi su 1.028).

Le famiglie che nel 2017 ritenevano le proprie risorse economiche almeno adeguate erano il 63,3% contro una media nazionale del 58,4%. Il 6,1% delle famiglie ritiene che la propria situazione sia migliorata nell'ultimo anno, mentre è rimasta invariata per il 60,2%. L'ISTAT rileva presso le famiglie la percezione di alcuni problemi relativi alla zona in cui si vive, come la sporcizia delle strade, il traffico, il rischio di criminalità. Ognuno dei possibili problemi rilevati è meno sentito in FVG rispetto alla media nazionale: il problema più sentito sono le cattive condizioni stradali, riportate come molto o abbastanza presenti dal 36,1% delle famiglie in FVG contro il 51,9% a livello nazionale, questo è anche il problema in cui la percezione in FVG è meno sentita rispetto alla media nazionale. Seguono traffico (31,0% FVG, 36,9% Italia) e inquinamento dell'aria (26,4% FVG, 36,9% Italia). Il rischio di criminalità è avvertito dal 19,9% delle famiglie del FVG contro un dato nazionale del 31,9%. Il problema meno sentito sono gli odori sgradevoli (14,2% FVG, 20,4% Italia).

Il 70,0% delle famiglie del FVG nel 2017 possedeva un collegamento a internet da casa e il 49,9% delle persone di 6 anni o più utilizza internet ogni giorno. Tra i motivi riportati del mancato accesso, quello principale è l'assenza di persone che sappiano utilizzare internet. Tale motivazione registra comunque una sensibile diminuzione, dal 62,2% nel 2016 al 54,3% nel 2017. Segue l'assenza di utilità percepita della rete, citata dal 35,7% dei rispondenti.

Nel 2018 l'Istituto Prometeia stima una crescita del PIL della regione FVG a valori concatenati pari al +1,2%. Secondo le stime a crescere saranno prevalentemente gli investimenti fissi lordi (+2,3%), mentre la spesa per consumi delle famiglie aumenterà dell'1,2%, in linea con il PIL. Gli ultimi dati ufficiali dell'ISTAT attestano il PIL del FVG a 36.978 milioni di euro a valori correnti e a 34.536 milioni di euro a



valori concatenati. In merito ai consumi le famiglie del FVG spendono mediamente 2.564 euro al mese, 85 euro in più rispetto al 2016. Il capitolo di spesa maggiore è dato dalle spese per la casa e le utenze, pari a 898 euro al mese, in diminuzione di 19 euro rispetto al 2016. Gli aumenti maggiori si sono riscontrati nei capitoli di spesa relativi ad abbigliamento e calzature (+26 euro per un totale di 119 euro al mese), trasporti (+23 euro per un totale di 290 euro al mese) e alimentari e bevande analcoliche (+23 euro per un totale di 457 euro al mese).

Il mercato del lavoro in FVG nel 2017 ha registrato un miglioramento: il tasso di disoccupazione è sceso al 6,7% dal 7,5% del 2016 ed è il quarto valore più basso in Italia, a fronte di una media nazionale dell'11,2%. Il 65,7% della popolazione regionale compresa tra 15 e 64 anni è occupata (+1,0% rispetto al 2016). Si riducono le differenze di genere: risultava occupato il 73,0% dei maschi e il 58,4% delle femmine, una differenza di 14,6 punti percentuali contro i 15,3 punti percentuali del 2016. Gli occupati a tempo determinato sono pari al 15,4%, in linea con la media nazionale, e il 20,1% a tempo parziale (36,2% per le donne), anche in questo caso il valore è uguale alla media nazionale.

**TASSO DI ATTIVITÀ DI OCCUPAZIONE E DI DISOCCUPAZIONE (valori %)**  
**Anno 2017**

	TASSO DI ATTIVITÀ 15-64 ANNI			TASSO DI OCCUPAZIONE 15-64 ANNI			TASSO DI DISOCCUPAZIONE		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
	<b>FVG</b>	<b>77,4</b>	<b>63,6</b>	<b>70,5</b>	<b>73,0</b>	<b>58,4</b>	<b>65,7</b>	<b>5,6</b>	<b>8,1</b>

Fonte: ISTAT, Rilevazione continua sulle forze di lavoro

**DELITTI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**  
**Anni 2014-2016**

DELITTI	2014	2015	2016
Omicidi volontari consumati	1	9	7
Omicidi colposi	40	30	37
<i>di cui: da incidente stradale</i>	32	22	30
Tentati omicidi	10	14	13
Lesioni dolose	940	967	997
Violenze sessuali	99	88	99
Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile	42	44	17
Attentati	5	5	5
Reati connessi a produzione, traffico e spaccio di stupefacenti	372	433	506
Furti	21.551	19.295	17.559
Rapine	262	237	221
Estorsioni	104	142	133
Truffe e frodi informatiche	2.850	3.327	3.537
Ricettazione	393	299	306
Usura	7	1	4
Incendi	41	52	80
Altri delitti	14.332	13.862	12.031
<b>TOTALE</b>	<b>41.049</b>	<b>38.805</b>	<b>35.552</b>

Fonte: Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza

**DELITTI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA PER PROVINCIA  
Anni 2014-2016**

PROVINCE	2014		2015		2016	
	TOTALE	Per 100.000 abitanti	TOTALE	Per 100.000 abitanti	TOTALE	Per 100.000 abitanti
Pordenone	8.689	2.765	7.531	2.403	6.794	2.175
Udine	16.923	3.151	15.419	2.884	14.471	2.718
Gorizia	4.688	3.325	4.685	3.333	4.359	3.114
Trieste	10.688	4.531	11.119	4.722	9.883	4.210
<b>FVG</b>	<b>41.049</b>	<b>3.342</b>	<b>38.805</b>	<b>3.170</b>	<b>35.552</b>	<b>2.915</b>

Nota: La somma dei delitti distinti per provincia può non coincidere con il totale della regione a causa della mancata precisazione, per alcuni delitti, del luogo dove sono stati commessi.

Fonte: ISTAT e Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza

**FAMIGLIE CHE CONSIDERANO MOLTO O ABBASTANZA PRESENTI ALCUNI  
PROBLEMI DELLA ZONA IN CUI ABITANO PER TIPO DI PROBLEMA E REGIONE  
(per 100 famiglie della stessa zona)**

**Anno 2017**

Sporcizia nelle strade	Difficoltà di parcheggio	Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici	Traffico	Inquinamento dell'aria	Rumore	Rischio di criminalità	Odori sgradevoli	Scarsa illuminazione stradale	Cattive condizioni stradali
<b>20,0</b>	<b>26,2</b>	<b>24,9</b>	<b>31,0</b>	<b>26,4</b>	<b>22,5</b>	<b>19,9</b>	<b>14,2</b>	<b>19,7</b>	<b>36,1</b>

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

## 6. Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Istituto.

L'organizzazione dell'Ente deriva dall'Atto Aziendale.

Di seguito si riporta l'organigramma dell'Ente:

### **ORGANI DELL'ISTITUTO:**

- DIRETTORE GENERALE
- COLLEGIO SINDACALE
- CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA
- DIRETTORE SCIENTIFICO

### **DIREZIONE STRATEGICA**

- DIREZIONE GENERALE
- DIREZIONE SANITARIA
- DIREZIONE SCIENTIFICA
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA

## ORGANISMI COLLEGIALI

- CONSIGLIO DEI SANITARI
- ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
- COLLEGI TECNICI
- COMITATO UNICO DI GARANZIA
- COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
- COLLEGIO DI DIREZIONE
- COMITATO ETICO UNICO REGIONALE

DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	AFFERENZA
Dipartimento di Oncologia Medica (DOM)	Direttore Sanitario
Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC)	Direttore Sanitario
Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)	Direttore Sanitario
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori (DRDT)	Direttore Scientifico
Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)	Direttore Amministrativo

DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Controllo di Gestione	SOSD	Direttore Generale
Epidemiologia Oncologica	SOC	Direttore Scientifico
Direzione Medica di Presidio	SOSD	Direttore Sanitario
Farmacia	SOSD	Direttore Sanitario
Direzione delle Professioni Sanitarie	SOSD	Direttore Sanitario
Oncologia Medica e dei Tumori immuno-correlati	SOC	DOM
Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	SOC	DOM
Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	SOC	DOM
Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	SOSD	DOM
Psicologia Oncologica	SOSD	DOM
Chirurgia Oncologica Generale con indirizzo su sarcomi, tumori rari e multi-viscerali	SOC	DOC
Chirurgia Oncologica del Seno	SOC	DOC
Chirurgia Oncologica Ginecologica	SOC	DOC
Anestesia e Rianimazione	SOC	DOC
Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale	SOSD	DOC
Radiologia Oncologica	SOC	DAT
Medicina Nucleare	SOC	DAT
Fisica Sanitaria	SOC	DAT
Oncologia Radioterapica	SOC	DAT
Area di Oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti	SOSD	DAT
Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	SOC	DRDT
Oncologia Molecolare e Modelli Predinici di Progressione Tumorale	SOC	DRDT
Farmacologia Sperimentale e Clinica	SOC	DRDT
Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	SOC	DRDT
Oncoematologia Clinico Sperimentale	SOC	DRDT
Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	SOSD	DRDT
Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	SOSD	DRDT
Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	SOC	DGA
Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	SOC	DGA
Approvvigionamenti, Economato e Logistica	SOC	DGA
Gestione Risorse Economico-Finanziarie	SOC	DGA

## 7. Il responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT)

Secondo quanto previsto dal PNA 2016, la figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

D'ora in avanti, pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

Altro elemento di novità è quello della interazione fra RPCT e organismi indipendenti di valutazione.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla l. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) d.lgs. 97/2016), è quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, nel senso auspicato dall'Autorità nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV «*le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*».

L'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione. Per la fase di elaborazione del PTPC e dei relativi aggiornamenti, lo stesso PTPC è necessario contenga regole procedurali fondate sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPCT.

Sul ruolo e i poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), l'Autorità ha recentemente adottato la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, in cui sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione. In particolare, nella delibera citata sono state fatte considerazioni generali sui poteri di controllo e verifica del RPCT sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, mentre si è rinviato alla Delibera 833/2016 per i poteri conferiti al RPCT per l'accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità di incarichi e a successivi atti regolatori per i poteri istruttori in caso di segnalazioni di *whistleblower*.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono stati delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPCT che è quello di proporre e di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC). Si è precisato che tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni ed enti al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni anche al fine di contenere fenomeni di *maladministration*. In tale quadro, si è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile.

Sui poteri istruttori degli stessi RPCT, e relativi limiti, in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva si è valutata positivamente la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e 13 documenti o svolgere audizioni di dipendenti nella misura in cui ciò consenta al RPCT di avere una più chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione.

*il RPCT può verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono intaccare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, può richiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazione per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale”.*

*Il Responsabile della prevenzione della corruzione è stato nominato nella persona di ....., con deliberazione del Direttore Generale n. in data .*

## **8. I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza**

Al fine di consentire l'effettiva attuazione del presente PTPC, e data la complessa ed articolata organizzazione dell'Istituto il RPCT, in attuazione di quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ha individuato i propri Referenti per l'anticorruzione, deputati a coadiuvarlo nella definizione e nell'attuazione delle strategie finalizzate a prevenire e contrastare fenomeni corruttivi.

Il RPCT ha individuato quali Referenti:

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Scientifico

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

Il Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie (dr.ssa Raffaella Cattaruzza)

Il Dirigente Responsabile SOSD Controllo di Gestione (dr.ssa Cristina Andreetta)

Il dirigente Responsabile SOSI Gestione del Personale (dr. Massimo Zanelli)

Il dirigente della SOSI Gestione del Personale (dr.ssa Claudia Moscarda)

Il dirigente dell'Ufficio Tecnico (ing. Dimitri Troncon)

Il dirigente CAF (dr.ssa Nicoletta Suter)

Il dirigente professioni sanitarie (dott.ssa Sonja Cedrone)

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, per concorrere allo svolgimento del fondamentale ruolo di impulso che la legge affida al RPCT, inoltrano, con cadenza annuale al RPCT una relazione illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione svolte nell'esercizio delle proprie funzioni, utilizzando l'allegato n. 5 al presente atto.

In aggiunta a tale relazione, i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Istituto, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Ente sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Il RPCT può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, direttamente o per il tramite dei rispettivi Responsabili.

## **9. Altri soggetti che partecipano alla strategia di prevenzione della corruzione**

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, l'attività del RPCT deve essere collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti che partecipano a vario titolo all'organizzazione amministrativa.

In particolare per lo svolgimento dei propri compiti il Responsabile si relaziona costantemente, oltre che con i Referenti, anche con:

- a) il Nucleo di Valutazione in qualità di O.I.V.P.;
- b) il Collegio Sindacale quale ulteriore organo di controllo interno;
- c) tutti i dipendenti dell'Istituto;

Al fine di realizzare un'efficace strategia della prevenzione della corruzione è richiesta la collaborazione fattiva di tutti i soggetti che partecipano alla vita dell'Istituto e dunque, quali principali attori dello svolgimento delle attività cliniche, scientifiche, di ricerca e amministrative, di tutti i dipendenti.

Tale collaborazione si concretizza nella disponibilità a trasmettere ogni utile informazione ai fini della prevenzione della corruzione, a rispondere esaustivamente ad eventuali richieste del RPCT, nonché a partecipare attivamente, anche mediante osservazioni e proposte, alla procedura aperta rivolta a tutti gli *stakeholders*.

## **10. Oggetto e finalità del PTPC**

Il presente PTPC, in ossequio a quanto previsto dalla L. 190/2012, ha ad oggetto l'individuazione delle iniziative necessarie, nonché gli adeguati assetti organizzativi e gestionali, per prevenire, rilevare e contrastare i fenomeni corruttivi e di malfunzionamento negli ambiti interessati da potenziali rischi di corruzione nell'esercizio delle attività amministrative, sanitarie, didattiche e scientifiche.

Il PTPC è redatto nel rispetto delle seguenti finalità:

- a) individuare le cd. "Aree di rischio", cioè quei macro - settori di attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione tenuto conto anche di quelle già individuate dal PNA;
- b) prevedere, per le attività individuate dalla lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, per le attività individuate dalla lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del PTPC;
- d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge e/o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti amministrativi;
- e) monitorare i rapporti tra l'Istituto e i soggetti che con lo stesso stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i Dirigenti e i dipendenti dell'Istituto;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

## **11. Destinatari del PTPC**

In base alle indicazioni della L. 190/2012 e del PNA sono identificati come destinatari del PTPC:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- il personale dipendente, borsista e contrattista;
- i componenti del Nucleo di Valutazione;
- i consulenti e collaboratori;

- i componenti del Collegio Sindacale;
- i titolari di contratti per lavori, servizi e forniture.

## 12. Gli aggiornamenti

Il 3 agosto l’Autorità ha approvato la delibera 831 di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Si deve evidenziare come in tale nuovo Piano vi sia una parte specificatamente dedicata agli enti del Servizio Sanitario Regionale (Parte VII- SANITA’), redatta tenendo conto del lavoro degli appositi tavoli tematici ANAC, Ministero della Salute e AGENAS.

Le indicazioni specifiche ivi fornite, da leggere a integrazione di quelle contenute nell’Aggiornamento 2015 al PNA che si intendono recepite anche con riferimento agli ambiti non specificamente trattati ( § 1.5, § 2.1.3, § 2.1.4, § 2.2.3, § 2.2.4), rappresentano un insieme di misure, in costante evoluzione, affinamento e miglioramento, concretamente attuabili con gli opportuni adattamenti di contesto e con gli strumenti disponibili, che hanno lo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto da parte delle istituzioni sanitarie dei fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo.

In particolare, le misure indicate costituiscono possibili soluzioni organizzative per preservare il Servizio Sanitario Nazionale dal rischio di eventi corruttivi (con specifico riferimento al contesto strutturale, sociale ed economico in cui si collocano ed operano le istituzioni medesime) e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario nazionale a partire dall’aumento dell’efficacia e dell’efficienza delle singole unità operative in cui si articola.

Per realizzare questi obiettivi, tale approfondimento rivolto alle regioni e alle organizzazioni sanitarie aziendali, presenta un quadro di interventi tra loro correlati la cui realizzazione richiede necessariamente un forte investimento formativo, soprattutto sugli RPCT e, a cascata, su tutti coloro che intervengono nei processi di costruzione ed attuazione delle azioni dei PTPC. Ciò affinché tutti i soggetti siano in grado di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni contenute nel PNA per realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un’azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione, e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

In particolare, per gli enti del SSN, sono stati evidenziati i seguenti aspetti:

- a) La centralità della formazione e il ruolo strategico che essa assume nella qualificazione e nel mantenimento delle competenze. Ferma restando la responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all’interno dell’organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell’investimento formativo.
- b) Nell’ambito degli appalti in sanità, l’esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi presenti nell’organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. L’argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del d.lgs. 50/2016 (nuovo Codice dei contratti pubblici) che, all’art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all’indipendenza del personale della stazione appaltante.

- c) L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.
- d) In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.
- e) Governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramuraria  
Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'Aggiornamento 2015 al PNA, viene richiamata anche in questo approfondimento in considerazione della disomogeneità dei contesti regionali nel governo dei tempi di attesa, in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale. L'esigenza è quella di integrare le misure di prevenzione già previste nel precedente Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento alle attività in ALPI, con interventi mirati in tema di liste di attesa per le prestazioni rese in attività istituzionale, a partire dal rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili.

L'Aggiornamento 2017 al PNA, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1208 in data 22.11.2017, ha dedicato specifici approfondimenti all'Autorità di sistema portuale, alla gestione dei commissari straordinari nominati dal Governo e alle Istituzioni Universitarie.

Nella Parte Generale, a pag. 6, vi è una sintetica valutazione riguardante i PTPC 2017-2019 delle aziende sanitarie:

*"Nei PTPC 2017-2019 risulta un buon livello di adeguamento alle indicazioni contenute nella parte speciale "Sanità" dell'Aggiornamento 2015 al PNA, seppur con ampi margini di miglioramento. Nei Piani sono infatti presenti le aree di rischio relative ad attività libero professionale e liste di attesa (75% nelle aziende ospedaliere e il 72% nelle aziende sanitarie), i rapporti contrattuali con privati accreditati (29% nelle aziende ospedaliere e il 64% delle aziende sanitarie), farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (71% nelle aziende ospedaliere e 74% delle aziende sanitarie), attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (45% delle aziende ospedaliere e 54% delle aziende sanitarie). Si riscontra, inoltre, un discreto livello di adeguamento anche relativamente alla presenza di misure specifiche per i processi nelle aree di rischio sopra richiamate."*

L'aggiornamento 2018 al PNA, approvato con delibera ANAC n. 1074 in data 21.11.2018, ha affrontato, fra gli argomenti di carattere generale, alcune considerazioni conclusive utili a perimetrare il tipo di poteri che il RPCT può esercitare nell'ambito delle funzioni di verifica e controllo attribuite dalla legge, evidenziate nella delibera ANAC n. 840 del 02.10.2018.

Nella Parte generale, che precede gli approfondimenti tematici, ha evidenziato alcune questioni, oggetto anche di delibere dell'Autorità, allo scopo di fornire a tutti i soggetti destinatari del PNA chiarimenti in merito ai dubbi interpretativi sorti per la corretta applicazione della disciplina in materia di prevenzione della corruzione.



### 13. Il titolare del potere sostitutivo

Il costante rispetto dei termini di conclusione del procedimento amministrativo, in particolare quando avviato su “*istanza di parte*”, è indice di buona amministrazione ed una variabile da monitorare per l’attuazione delle politiche di contrasto alla corruzione.

Il sistema di monitoraggio del rispetto dei suddetti termini è prioritaria misura anticorruzione prevista dal PNA.

L’Allegato 1 del PNA del 2013 a pagina 15 riporta, tra le misure di carattere trasversale, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali:

- “*attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi*”.
- Vigila sul rispetto dei termini procedurali il “*titolare del potere sostitutivo*”.

Come noto, “*l’organo di governo individua, nell’ambito delle figure apicali dell’amministrazione, il soggetto cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia*” (articolo 2 comma 9-bis della legge 241/1990, comma aggiunto dal DL 5/2012 convertito dalla legge 35/2012).

Decorso infruttuosamente il termine per la conclusione del procedimento, il privato cittadino, che con domanda ha attivato il procedimento stesso, ha facoltà di rivolgersi al *titolare del potere sostitutivo* affinché, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluda il procedimento attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario.

Il *titolare del potere sostitutivo* entro il 30 gennaio di ogni anno ha l’onere di comunicare all’organo di governo, i procedimenti, suddivisi per tipologia e strutture amministrative competenti, per i quali non è stato rispettato il termine di conclusione previsto dalla legge o dai regolamenti.

Nel caso di omessa nomina del *titolare dal potere sostitutivo* tale potere si considera *attribuito al direttore generale*.

### 14. La gestione del rischio

La gestione del rischio di “corruzione” costituisce lo strumento finalizzato a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi.

Il rispetto delle indicazioni del PNA permette di aderire ad un metodo condiviso che consente agli organi nazionali preposti al controllo e alla vigilanza sulle azioni messe in atto dalle Pubbliche Amministrazioni per contrastare i fenomeni corruttivi, di disporre di informazioni e dati omogenei.

L’intero processo di gestione del rischio, coordinato dal RPCT si sviluppa, coerentemente al metodo suggerito dal PNA, in tre fasi:

1. mappatura dei processi;
2. valutazione del rischio per ciascun processo;
3. trattamento del rischio.

### 15. Mappatura dei processi

Il “processo” nell’accezione indicata nel PNA rappresenta “*un insieme di attività correlate che creano valore trasformando delle risorse in un prodotto destinato ad un soggetto interno o esterno all’amministrazione*”. Tale concetto è quindi diverso e più ampio di quello di “procedimento”.

La mappatura si sostanzia nell’individuazione dei singoli processi, delle fasi relative a ciascuno di essi e delle responsabilità correlate ad ogni fase, e consente di delimitare le aree di rischio in relazione alle quali si effettua, in un successivo momento, la valutazione del rischio. La mappatura dei processi è stata realizzata

considerando, in prima istanza, le “Aree di rischio” previste dalla L. 190/2012 che il PNA definisce nell’All.2 “Aree comuni e obbligatorie” (Area acquisizione e progressione del personale, Area affidamento di lavori, servizi e forniture, Area Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario, Area Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario). Per ciascuna delle suddette Aree sono stati individuati i relativi “processi”, con la collaborazione dei dirigenti e dei responsabili apicali, rispettivamente nell’ambito delle competenze della Struttura di cui sono al vertice.

Alle quattro Aree individuate dalla L. 190/2012 sono state aggiunte le aree che comprendono gli ulteriori “processi” della Direzione Scientifica e del Centro Attività Formative.

## **16. Valutazione e mappatura del rischio**

1. In osservanza a quanto disposto dalla legge n. 190 del 2012 e dal P.N.A., il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in collaborazione con i Responsabili delle Strutture Amministrative, l’Ufficio Formazione e la Direzione Scientifica ha proceduto alla mappatura delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione nonché all’individuazione, per ciascuna area, dei processi più frequentemente soggetti al verificarsi del rischio corruttivo: le aree di rischio comprendono quelle individuate come aree sensibili dall’art. 1, comma 16 della legge n. 190 del 2012 e riprodotte nell’Allegato 2 al P.N.A. nonché quelle ulteriori specificamente connesse alle attività istituzionali dell’Istituto.

Per ciascun processo sono stati individuati i potenziali rischi corruttivi, la probabilità del verificarsi di tali rischi nonché l’impatto economico, organizzativo e di immagine che l’Amministrazione potrebbe subire nell’ipotesi del verificarsi degli stessi. La valutazione del grado di rischio è stata condotta con riferimento al rischio attuale a ciascun processo, cioè prima dell’applicazione delle ulteriori misure di prevenzione indicate nel Piano stesso.

In sede di primo aggiornamento del Piano si procederà all’indicazione anche del rischio residuo, cioè il grado di rischio stimato a seguito dell’applicazione delle ulteriori misure di prevenzione indicate.

L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dai dirigenti membri del gruppo di lavoro per le aree di rispettiva competenza con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Salvo che non sia diversamente stabilito, l’attuazione delle ulteriori misure di prevenzione deve essere assicurata entro la scadenza del triennio di vigenza del Piano.

## **17. Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"**

Per ogni ripartizione organizzativa dell’ente, sono ritenute “*aree di rischio*”, quali attività a più elevato rischio di corruzione, le singole attività, i processi ed i procedimenti riconducibili alle macro **AREE** seguenti:

### **AREA A:**

**gestione del personale:**

### **AREA B:**

**gestione ordinaria delle entrate e delle spese di bilancio;**

### **AREA C:**

**Affidamento di lavori, servizi e forniture**

### **AREA D:**

**provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed**

**immediato per il destinatario:**

autorizzazioni e concessioni.

**AREA D:**

**provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario:**

concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati.

**AREA E:**

**Procedure del Centro Attività Formative.**

**AREA F:**

**Procedure della Direzione Scientifica**

**AREA G:**

**Procedure della Direzione Sanitaria**

**18. Metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio**

La valutazione del rischio è svolta per ciascuna attività, processo o fase di processo mappati. La valutazione prevede l'identificazione, l'analisi e la ponderazione del rischio.

**A. L'identificazione del rischio**

Consiste nel ricercare, individuare e descrivere i “rischi di corruzione” intesa nella più ampia accezione della legge 190/2012.

Richiede che, per ciascuna attività, processo o fase, siano evidenziati i possibili rischi di corruzione.

Questi sono fatti emergere considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dell'amministrazione.

I rischi sono identificati:

- attraverso la consultazione ed il confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità dell'ente, di ciascun processo e del livello organizzativo in cui il processo si colloca;
- valutando i passati procedimenti giudiziari e disciplinari che hanno interessato l'amministrazione;
- applicando i criteri descritti nell'Allegato 5 del PNA: discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, razionalità del processo, controlli, impatto economico, impatto organizzativo, economico e di immagine.

**B. L'analisi del rischio**

In questa fase sono stimate le probabilità che il rischio si concretizzi (*probabilità*) e sono pesate le conseguenze che ciò produrrebbe (*impatto*).

Al termine, è calcolato il livello di rischio moltiplicando “*probabilità*” per “*impatto*”.

**B1. Stima del valore della probabilità che il rischio si concretizzi**

Secondo l'Allegato 5 del PNA del 2013, criteri e valori (o pesi, o punteggi) per stimare la “*probabilità*” che la corruzione si concretizzi sono i seguenti:

discrezionalità;

rilevanza esterna;  
complessità del processo;  
valore economico;  
frazionabilità del processo;  
controlli;

## **B2. Stima del valore dell'impatto**

L'impatto si misura in termini di impatto economico, organizzativo, reputazionale e sull'immagine. L'Allegato 5 del PNA, propone criteri e valori (punteggi o pesi) da utilizzare per stimare "l'impatto", quindi le conseguenze, di potenziali episodi di malaffare.

**Impatto organizzativo:** tanto maggiore è la percentuale di personale impiegato nel processo/attività esaminati, rispetto al personale complessivo dell'unità organizzativa, tanto maggiore sarà "l'impatto" (fino al 20% del personale=1; 100% del personale=5).

**Impatto economico:** se negli ultimi cinque anni sono intervenute sentenze di condanna della Corte dei Conti o sentenze di risarcimento per danni alla PA a carico di dipendenti, punti 5. In caso contrario, punti 1.

**Impatto reputazionale:** se negli ultimi cinque anni sono stati pubblicati su giornali (o sui media in genere) articoli aventi ad oggetto episodi di malaffare che hanno interessato la PA, fino ad un massimo di 5 punti per le pubblicazioni nazionali. Altrimenti punti 0.

**Impatto sull'immagine:** dipende dalla posizione gerarchica ricoperta dal soggetto esposto al rischio. Tanto più è elevata, tanto maggiore è l'indice (da 1 a 5 punti).

L'analisi del rischio si conclude moltiplicando tra loro valore della probabilità e valore dell'impatto per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

## **C. La ponderazione del rischio**

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo o attività si procede alla "ponderazione". In pratica la formulazione di una sorta di graduatoria dei rischi sulla base del parametro numerico "livello di rischio".

I singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una "classifica del livello di rischio".

Le fasi di processo o i processi per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio identificano le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili ai fini della prevenzione.

## **19. Il trattamento**

Il processo di "gestione del rischio" si conclude con il "trattamento".

Il trattamento consiste nel procedimento "per modificare il rischio". In concreto, individuare delle misure per neutralizzare o almeno ridurre il rischio di corruzione.

Il responsabile della prevenzione della corruzione deve stabilire le "priorità di trattamento" in base al livello di rischio, all'obbligatorietà della misura ed all'impatto organizzativo e finanziario della misura stessa.

Il PTPCT prevede l'implementazione anche di misure di carattere trasversale, come:

a) **la trasparenza**, che come già precisato costituisce oggetto del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità quale "sezione" del PTPC; gli adempimenti per la trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori di trasparenza sono indicate nel PTTI, come definito dalla delibera CIVIT 50/2013;

b) **l'informatizzazione dei processi** che consente, per tutte le attività dell'amministrazione, la tracciabilità

dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "*blocchi*" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;

- c) *l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo di dati, documenti e procedimenti* che consente l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;
- d) *il monitoraggio sul rispetto dei termini* procedurali per far emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Le *misure* specifiche previste e disciplinate dal presente sono descritte nei paragrafi che seguono.

**AREA A:**

**Gestione del personale**

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CORRUZIONE	MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE	PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE	STRUTTURE COINVOLTE	MISURE DI PREVENZIONE GIA' ADOTTATE	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO	PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE
					(Criteri allegato 5 PNA)	
<p>- Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti;</p> <p>- esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa;</p> <p>- riconoscimento di benefici economici di varia natura;</p> <p>- effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori;</p> <p>- svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.</p> <p>- esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli</p>	A. Gestione del personale	A.1. Acquisizione del personale (accesso dall'esterno e progressioni interne)	- Componenti delle commissioni di valutazione	- Verifica sulla composizione delle commissioni esaminatrici (assenza di incompatibilità, condanne penali etc.)	4,25	<p>- Controlli a campione sulla effettiva presenza in servizio del personale</p> <p>- Controlli a campione su singole missioni</p>
		A.2. Conferimento incarichi di lavoro autonomo	- Responsabile di Struttura e Direzioni strategiche	- Verifica sui requisiti posseduti dai candidati e sulla veridicità delle dichiarazioni rese	3,00	
		A.3. Elaborazione cedolini stipendiali	- Ufficio Bilancio	- Pubblicazione degli atti relativi alla gestione delle risorse umane nel rispetto della normativa vigente	2,67	
		A.4. Liquidazione rimborsi spese missioni	- Direttore Amministrativo	- Rendicontazioni periodiche sulle spese di personale	2,50	
		A.5. Autorizzazione al conferimento incarichi extraistituzionali	- Responsabile di Struttura o Posizione Organizzativa	- Comunicazioni al Dipartimento della Funzione Pubblica sugli incarichi autorizzati ai dipendenti	2,92	
		A.6. Gestione di istituti/benefici contrattuali (P.O., Coordinamenti)	- Responsabile di Struttura e Direzioni strategiche	- Pubblicazione codici disciplinari	2,92	
		A.7. Esercizio del potere disciplinare	- Direttori Dipartimento e UPD	- Applicazione del nuovo regolamento per l'autorizzazione agli incarichi esterni dei dipendenti	4,00	

<i>dipendenti;</i>		A.8. Gestione cartellini orari e verifica presenze/assenze dei dipendenti	- Coordinatori, P.O. e Dirigenti assegnatari di risorse umane	attività a maggior rischio di corruzione	3,75	Adozione entro il 30.06.2017 di un regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali che tenga conto delle indicazioni del PNA 2016 nella parte riguardante gli enti sanitari
		A.9 Conferimento incarichi dirigenziali di struttura semplice	Direzione Strategica Direttori di Dipartimento Responsabili di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale		4,00	

**AREA B:**

**Gestione ordinaria delle entrate e delle spese di bilancio**

**Gestione ciclo attivo**

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
<b>FLUSSI ATTIVI BANCA</b>	1.Importazione giornaliera flussi incassi banca	1.Corretta individuazione beneficiario	1.Quadrature scritture contabili e contabilità di banca	Con frequenza giornaliera in sede di ricevimento giornaliero del giornale di banca	2,04	nr. 3 GEF
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti	Almeno mensilmente in sede di rilevazione flussi di cassa per la Direzione Regionale Salute		
				In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		
	2.Verifica tipologia incassi:				2,33	nr. 3 GEF - altri

	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		servizi
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	1.Errata individuazione natura ricavo	1.Confronto con Servizi interessati	Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"		
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Gestione del Credito			
			3.Suddivisione dei compiti	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
	3.Rilevazione incassi da CUP aziendali	1.Controllo servizio esternalizzato e casse gestite da personale interno	1.Proceduralizzazione eventi 2.Monitoraggio versamenti 3.Suddivisione dei compiti	1.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	2,63	
		2.Rispetto tempistica di regolarità riversamenti	4.Corrispondenza con ricavi rilevati dal Gestionale CUP Web	2.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	2,04	nr. 3 GEF - altri servizi
		3.Corretta implementazione contabilità	5.Quadratura con prospetti di rendiconto responsabili dei CUP aziendali	3.In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		
<b>PROCEDURA</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>RISCHIO/RESPONSABILITA'</b>	<b>PROCEDURE DI CONTROLLO</b>	<b>TEMPI E METODI</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b> (Criteri allegato 5 PNA)	<b>OPERATORI COINVOLTI</b>
<b>INCASSI C/CORRENTE POSTALE</b>	1.Estrazione settimanale degli incassi dal CCP	1.Mancata o non corretta rilevazione del dato da parte di Poste Italiane	1.Quadrature prospetto giornaliero e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	2,04	nr. 3 GEF
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.Verifica tipologia incassi:					
	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	1.Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta	2,04	nr. 3 GEF
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	2.Errata individuazione natura ricavo	2.Confronto con Servizi interessati	2.Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"	2,04	nr. 3 GEF - altri servizi



		3. Corretta implementazione contabilità	3. Gestione del Credito	3. Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta		
			4. Suddivisione dei compiti			
	3. Rilevazione mensile degli incassi del CCP	3. Corretta implementazione contabilità	1. Quadrature scritture contabili e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	2,04	nr. 3 GEF
<b>FATTURE ATTIVE</b>	1. Fatturazione costanti ripetute periodiche	1. Corretta tenuta banca dati clienti	1. Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	2,50	nr. 2 GEF - altri servizi
		2. Corretta implementazione contabilità	2. Suddivisione dei compiti			
	2. Fatturazione su richiesta Servizi	1. Corretta tenuta banca dati clienti	1. Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	2,50	nr. 2 GEF - altri servizi
		2. Corretta individuazione tariffe prestazioni	2. Confronto con cliente			
		3. Corretta individuazione trattamento fiscale	3. Gestione del credito			
		4. Corretta tempistica/competenza	4. Suddivisione dei compiti			
		5. Corretta implementazione contabilità				
<b>PROCEDURA</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>RISCHIO/RESPONSABILITA'</b>	<b>PROCEDURE DI CONTROLLO</b>	<b>TEMPI E METODI</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)</b>	<b>OPERATORI COINVOLTI</b>
<b>GESTIONE DEL CREDITO</b>	Gestione crediti insoluti	1. Corretta tenuta banca dati clienti	1. Circolarizzazione dati registrati	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta	2,50	nr. 2 GEF - altri servizi
		2. Corretta gestione dati di ritorno da clienti interni ed esterni	2. Suddivisione dei compiti			
		3. Corretta implementazione contabilità				

**Gestione ciclo passivo**

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
<b>BANCA DATI FORNITORI</b>	Gestione banche dati ditte:	1.Monitoraggio variazioni	1.Verifica e scambio dati con altri servizi aziendali	Frequenza giornaliera	2,33	nr. 4 GEF
	1.ragione sociale	2. Gestione certificazioni	2.Circularizzazione dati con ditte esterne			
	2.tracciabilità	3. gestione debito e cessioni	3. verifiche IBAN con sistema bancario			
	3.partitari	4.Gestione flussi tracciabilità bancaria	4. suddivisione dei compiti			
<b>REGISTRAZIONE FATTURE PASSIVE</b>	1.Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1.Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1.Monitoraggio massivo volumi fatturato/scadenze	Frequenza giornaliera	2,33	nr. 4 GEF-Altri servizi
		2.Corretto trattamento fiscale	2.Monitoraggio ricevimento fatture per tipologie di addebito			
		3.Corretto trattamento contabile	3. Incrocio con banca dati Ascot Economato			
		4.Circularizzazione fattura verso servizio aziendale competente	4.Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
			5.Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento		
			6. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento		2,33	
			7.Suddivisione di compiti			
<b>REGISTRAZIONE ALTRI DOCUMENTI PASSIVI</b>	1.Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1.Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1.Monitoraggio ricevimento documentazione per tipologie di addebito	Frequenza giornaliera	2,33	nr. 4 GEF-Altri servizi

		2. Corretto trattamento fiscale	2. Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
		3. Corretto trattamento contabile	3. Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento		
		4. Circolarizzazione documento verso servizio aziendale competente	4. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento			
			5. Suddivisione di compiti			
<b>GESTIONE DEBITO</b>	Circularizzazione debito	1. Verifica corretto trattamento incassi da parte fornitore	1. Solleciti servizi interni	Quindicinale	5,00 (per importi residuali)	nr. 4 GEF
		2. Verifica E/C fornitori	2. Riscontro solleciti dei fornitori			
		3. Verifica importi in scadenza	3. Monitoraggio scadenziario			
		4. Monitoraggio partitari	4. Suddivisione compiti			

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
<b>GESTIONE PAGAMENTI</b>	Pagamento fornitori	1. Verifica scadenze e riscontro	1. individuazione documenti in scadenza e verifica riscontro eseguito e registrazione riscontro in contabilità	Frequenza giornaliera	4,33	nr. 4 GEF
		2. Verifica effettiva pagabilità del documento	2. Verifica DURC e non inadempienza			
		3. Emissione ordinativo di pagamento	3. Verifica importo da erogare al fornitore.			
		4. Verifica ordinativi emessi	4. Emissione distinta di versamento			
		5. Trasmissione al Tesoriere degli ordinativi	5. Riscontro sulla procedura dell'ordinativo informatico			

			dell'avvenuta ricezione			
		6. Firma ordinativi	6 Controllo del buon fine del pagamento			
<b>REGISTRAZIONE EMOLUMENTI STIPENDIALI E RIVERSAMENTO ONERI RIFLESSI</b>	1.Ricevimento flussi dati da servizi aziendali	1.Corretta implementazione banche dati diverse, corretto rispetto dei termini di pagamento	1.Monitoraggio massivo flussi cassa, incrocio flussi stipendiali con flussi contabili	Frequenza mensile con periodicità diversa	4,33	nr. 5 GEF
	2.Gestione flusso verso Tesoriere	2.Corretta contabilizzazione	2.Quadratura flussi contabili e stipendiali			
		3.Gestione scadenziario di emolumenti e oneri riflessi	3.Suddivisione compiti			
		4.Monitoraggio scadenziario				
		5.Monitoraggio buon esito flussi diversi				

### Controllo Cassa Economale

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
<b>CONTROLLO TIPOLOGIE DI SPESE</b>	Verifica rispondenza spese sostenute da parte dei cassieri economici al regolamento aziendale	1. Verifica congruenza tipologie spesa	1.Monitoraggio flussi di spesa	Almeno trimestralmente e secondo necessità	2,00	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretto trattamento fiscale	2.Controllo documentazione fiscale			
		3.Verifica corretto trattamento contabile	3.Quadratura giornale di cassa - contabilità			
		4.Verifica tempestività registrazioni	4.Controllo corrispondenza tenuta casse a linee guida regolamento			
			5.Circularizzazione con fornitori			
			6.Suddivisione compiti			

<b>REINTEGRO DOTAZIONI ECONOMICI</b>	Disposizione bonifici per reintegro dotazione economica	1. Ricostituzione dotazioni economiche del valore delle spese rendicontate e riconosciute	1. Quadratura scritture di banca, di cassa e contabili	Secondo necessità	2,00	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretta tenuta contabilità di cassa e di banca	2. Verifica corretta contabilizzazione flussi di entrata			
			3. Quadrature tra giacenze fisiche e contabili	Almeno trimestralmente e secondo necessità		
			4. Suddivisione dei compiti			

**AREA C:**

**Affidamento di lavori, servizi e forniture**

<b>PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CORRUZIONE</b>	<b>MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE</b>	<b>PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE</b>	<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE GIA' ADOTTATE</b>	<b>VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO</b> (Criteri allegato 5 PNA)	<b>PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE</b>
	B. Individuazione del contraente e gestione dei contratti con fornitori (forniture, servizi e lavori pubblici)	B.1. Predisposizione atti di gara (specifiche tecniche e criteri premianti per la scelta del contraente) B.2. Attività valutativa delle Commissioni B.3. Affidamenti diretti sulla base di valutazioni di esclusiva B.4. Vigilanza sull'esecuzione dei contratti (penali, gestione subappalti, verifica SAL,	- Aree Acquisizione Beni e Servizi; Patrimonio e Servizi Tecnici; Bilancio e Controllo Economico (singoli operatori e Responsabili) - Direttore Struttura Operativa Tecnologie e Investimenti - Direttore Amministrativo - Direttore	- Utilizzo del mercato elettronico per ampliare le indagini di mercato e favorire la concorrenza - Ampliamento del ricorso al confronto concorrenziale anche nelle ipotesi in cui la legge consente l'affidamento diretto - Separazione di competenze tra titolare del potere decisionale e di spesa e RUP (nei casi in cui ciò risulta possibile) - Verifica sulla composizione delle commissioni giudicatrici (assenza di incompatibilità,	B1 – 3,50  B2 – 4,67  B3 – 4,38  B4 – 3,54	- Composizione delle commissioni di gara con meccanismi di rotazione nella formazione delle stesse - Redazione di relazioni tecnico-illustrative relative alla progettazione dei servizi e forniture - Ulteriore implementazione del mercato elettronico - Estensione della modalità di apertura delle offerte in seduta pubblica anche oltre gli obblighi di legge - Previsione di avvisi

		<p>collaudi, rilevazioni inadempimenti)                  B.5. Autorizzazione al pagamento e liquidazione fatture                  B.6. Gestione casse economali                  B.7. Gestione del patrimonio immobiliare (locazioni, alienazioni, acquisizioni e manutenzione)</p>	<p>Tecnico                  - Componenti delle commissioni di valutazione                  - Responsabili del procedimento                  - Direttori dell'esecuzione                  - Servizio Sistemi Informativi (singoli operatori, Responsabile e Amministratore di sistema)                  - Direttore Generale                  - Ufficio Affari Generali e Legali</p>	<p>di conflitto di interessi etc.)                  - Rafforzamento della pubblicità in sede di apertura delle offerte                  - Monitoraggio sulle attività di acquisto, con particolare riferimento alle modalità di scelta del contraente e predisposizione di report periodici                  - Pubblicazione degli atti relativi alla gestione dei contratti nel rispetto della normativa vigente                  - Richiesta di nulla osta al pagamento delle fatture da parte del dirigente competente o RUP delegato                  - Effettuazione dei controlli obbligatori propedeutici al pagamento di fatture                  - Affidamento all'Agenzia del Territorio delle operazioni di stima del valore degli immobili da alienare o acquisire                  - Acquisizione dell'attestazione di regolarità delle forniture e dei verbali di verifica di conformità                  - Controlli annuali sulla gestione delle casse economali</p>	<p>B5 – 4,08                   B6 – 2,08                   B7 – 2,92</p>	<p>volontari per la trasparenza preventiva degli appalti                  - Valutazione sull'opportunità di rotazione nell'espletamento delle attività a maggior rischio di corruzione</p>
--	--	---	---	--	--	--

## **AREA D:**

### **Area dei provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**

Per tale area è stato individuato il rischio di indebito riconoscimento dell'esenzione ticket sanitario al fine di agevolare determinati utenti (struttura coinvolta: Ufficio Cassa). Da un'analisi effettuata emerge che il rischio può considerarsi **basso**, con impatto economico basso, nel senso che nel corso degli ultimi 5 anni non sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe. Impatto organizzativo basso e impatto reputazionale basso nel senso che negli ultimi 5 anni non risulta siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli su questo specifico argomento in termini negativi. I suddetti esami diagnostici sono inseriti in agende informatizzate. La ragione di una tale valutazione sta nel fatto che tale attività indebita, pur se astrattamente possibile ad opera di ciascun addetto individualmente, in realtà è fortemente disincentivata dalle procedure ordinarie di controllo.

Infatti ogni mese, a una scadenza prestabilita, in riferimento all'art. 50 del D.L. n. 269/2003, l'Ufficio Cassa trasmette tramite INSIEL al MEF, in via telematica, i dati delle ricette delle prestazioni ambulatoriali, raccolti sul programma SIASA. Il MEF effettua le verifiche. Fino ad oggi non risultano riscontri di forzature di esenzioni non spettanti sui dati trasmessi relativi alle esenzioni per reddito e per patologia.

## **AREA E:**

### **Procedure del Centro Attività Formative**

Nell'ambito delle procedure di competenza del Centro Attività Formative è stato valutato il rischio connesso alla acquisizione di formatori esterni.

Descrizione del processo:

- Ogni 3 anni viene svolta da parte del CAF un'indagine di fabbisogno formativo attraverso questionario rivolto al personale dell'Istituto;
- Costantemente durante l'anno vengono raccolti i fabbisogni nei questionari di fine corso e le segnalazioni dalle Direzioni strategiche e di struttura; i risultati di queste indagini creano le basi per il piano di formazione.
- Il Piano annuale della formazione, parte integrante del Piano aziendale, prevede una pianificazione di massima della formazione dell'anno di riferimento.
- In seguito, con cadenza semestrale si dà corso alla pianificazione di dettaglio e si realizzano i singoli eventi formativi. Tali eventi possono richiedere l'acquisizione di formatori esterni qualora la competenza didattica e scientifica non sia presente o disponibile in istituto.

- La chiamata del docente è diretta e da un punto di vista economico può risultare a titolo gratuito (con o senza rimborso spese) o prestazione a gettone o tariffa oraria (con o senza rimborso spese); le tariffe di riferimento sono quelle del tariffario allegato alla Delibera DG 290/2016.
- La proposta di acquisizione può provenire da:
  - Il responsabile/i scientifico/i dell'evento formativo;
  - Una Direzione strategica dell'Istituto;
  - Un responsabile di struttura operativa;
  - Il CAF stesso che si fa promotore di una iniziativa formativa.
- Il proponente predispose una relazione nella quale indica le motivazioni della scelta (curriculum, attività scientifica, pubblicazioni, esperienza acquisita, valutazioni positive acquisite in precedenti corsi, assenza di tale competenza didattica in istituto, compenso proposto)
- Il formatore sottoscriverà apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

Valutazione rischio e impatto: Da un esame del processo si può rilevare che tale rischio può considerarsi **medio**, con impatto organizzativo medio, nel senso che almeno 2 soggetti (soggetto proponente + responsabile CAF) concorrono nella individuazione del formatore e nella definizione del compenso, e impatto reputazionale basso, nel senso che negli ultimi 5 anni non risulta siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli su questo specifico argomento in termini negativi. L'impatto economico è basso, nel senso che nel corso degli ultimi 5 anni non sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe.

Con deliberazione n. 290 in data 15.11.2016 è stato approvato il nuovo Regolamento delle attività di formazione.

## AREA F:

### **Procedure della Direzione Scientifica**

#### **Procedure di selezione del personale di competenza della Direzione Scientifica (Borsisti, Collaboratori e Prest. Professionali)**

Le procedure per l'acquisizione di personale esterno avvengono sempre mediante pubblica selezione e sono disciplinate da regolamenti o procedure approvate con deliberazione del Direttore Generale.

#### **Procedure per Borse di studio**

Le procedure per l'acquisizione di personale borsista sono subordinate al "Regolamento per la disciplina di conferimento delle borse di studio e ricerca (BSR) di cui all'art. 23 dell'Atto Aziendale" adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 06.04.2009, e successive modificazioni giuste deliberazioni n. 70 del 15.04.2011, n. 134 del 23.07.2013 e n. 391 del 26.09.2018.

Il Regolamento vigente è disponibile sul sito Internet dell'Istituto scaricabile in download ([www.cro.sanita.fvg.it](http://www.cro.sanita.fvg.it) alla pagina "Borse di studio").



Le procedure per il conferimento di Borse di studio avvengono con selezione pubblica per titoli e colloquio.

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparente	Rischio
Ammissione/ esclusione candidati	1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *; 2. Convocazione della Commissione; 3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante.	1. DSc 2. DA/DSc 3. DSc 4. SSc	Si	No	5,67
Convocazione candidati	1. Invio telegramma/ lettera di convocazione;	1. DA/DSc	Si	No	4,25
Valutazione candidati tra-mite colloquio	1. Convocazione della Commissione; 2. Verifica compatibilità/ incompatibilità componenti commissione *; 3. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante, con allegate schede di valutazione titoli.	1. DA/DSc 2. DSc 3. SSc	Si	No	4,67
Delibera conferimento Borsa di studio	1. Stesura testo 2. Controllo amministrativo; 3. Adozione delibera tramite sistema ADweb 4. Pubblicazione all'Albo anche on-line	1. SSc 2. DA 3. Amm 4. Amm	Si	Si	7,08

\* La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta scelta dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'artt. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto.

Legenda:

DSc = Direttore Scientifico  
SSc = Segreteria Direzione Scientifica  
DA = Direttore Amministrativo  
Amm = Amministrazione

### Procedure per l'acquisizione di Collaboratori e Prestazioni Professionali

Le procedure per l'acquisizione di personale esterno con contratto di collaborazione o prestazione professionale sono subordinate alle indicazioni contenute nelle deliberazioni Commissariali n. 246 del 19.09.2001 e successiva integrazione n. 12 in data 25.01.2002, modificata con deliberazioni del Direttore Generale n. 109 del 14.06.2011 e n. 253 del 12.12.2014, nelle quali vengono disciplinate le procedure per il conferimento degli incarichi individuali a soggetti esterni per lo svolgimento di attività correlate ai programmi di ricerca finalizzata in atto presso questo Istituto.

Le procedure per il conferimento di Collaborazioni o Prestazioni Professionali avvengono con selezione pubblica per soli titoli ovvero titoli e colloquio in base alla richiesta del Ricercatore Responsabile e su approvazione del Direttore Scientifico.

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparente	Rischio
Ammissione/ esclusione candidati in <u>selezioni per titoli e colloquio</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *;</li> <li>2. Convocazione della Commissione</li> <li>3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione);</li> <li>4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DSc</li> <li>2. DA/DSc</li> <li>3. DSc</li> <li>4. SSc</li> </ol>	Si	No	5,67
Convocazione candidati	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invio telegramma/ lettera di convocazione;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DA/DSc</li> </ol>	Si	No	4,25
Valutazione candidati tramite colloquio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convocazione della Commissione</li> <li>2. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione);</li> <li>3. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DA/DSc</li> <li>2. DSc</li> <li>3. SSc</li> </ol>	Si	No	4,67
Delibera di conferimento CoCoCo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stesura testo</li> <li>2. Controllo amministrativo</li> <li>3. Adozione delibera tramite sistema ADweb</li> <li>4. Pubblicazione all'Albo anche on-line</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SSc</li> <li>2. DA</li> <li>3. Amm</li> <li>4. Amm</li> </ol>	Si	Si	7,08
Contratto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stesura del contratto e firma **</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SSc/DSc</li> </ol>			

- \* La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta scelta dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'art. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto
- \*\* Lo schema di contratto è stato elaborato dall'Ufficio Affari Generali e Politiche del Personale il quale si occupa anche dei relativi aggiornamenti.

Legenda:

- DSc = Direttore Scientifico  
 SSc = Segreteria Direzione Scientifica  
 DA = Direttore Amministrativo  
 Amm = Amministrazione

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparente	Rischio
Ammissione/ esclusione candidati in <u>selezioni per soli titoli</u>	1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *; 2. Convocazione della Commissione; 3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante.	1. DSc 2. DA/DSc 3. DSc 4. SSc	Si	No	5,67
Delibera di conferimento CoCoCo	1. Stesura testo 2. Controllo amministrativo 3. Adozione delibera tramite sistema ADweb 4. Pubblicazione all'Albo anche on-line	1. SSc 2. DA 3. Amm 4. Amm	Si	Si	7,08
Contratto	1. Stesura del contratto e firma **	1. SSc/DSc			

- \* La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta indicata dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'art. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto.
- \*\* Lo schema di contratto è stato elaborato dall'Ufficio Affari Generali e Politiche del Personale il quale si occupa anche dei relativi aggiornamenti.

Legenda:

- DSc = Direttore Scientifico  
 SSc = Segreteria Direzione Scientifica  
 DA = Direttore Amministrativo  
 Amm = Amministrazione

**AREA G:**

**Procedure della Direzione Sanitaria**

MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE	PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE
ATTIVITA' SANITARIE	Gestione liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione	Gestione irregolare/illecite delle liste d'attesa per interventi chirurgici e scavalcare pazienti in lista d'attesa da parte di chi ha fatto la visita in ALPI presso l'ospedale	MEDIO	Adozione di specifico regolamento aziendale sulla gestione delle liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione e rispetto del diritto di accesso (entro 30.06.2019), che riconosca e disciplini i momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità già in uso in Istituto.
	Gestione e appropriatezza ricoveri ordinari e in regime DH	Mancato rispetto priorità lista di attesa; Irregolare/incompleta registrazione del ricovero	MEDIO	Monitoraggio delle liste di attesa delle SSOO di ricovero utilizzando regolamento interno da adottarsi entro il 30.06.2019  Controllo campionario cartelle cliniche (in corso).
	Gestione liste di attesa per esami diagnostici (PET, TAC, RM)	effettuazione di esami diagnostici di cittadini in posizione anticipata/privilegiata rispetto alla attesa ordinariamente spettante.	MEDIO	Adozione di specifico regolamento aziendale sulla gestione delle liste di attesa per ricovero/DH e rispetto del diritto di accesso.(entro 30.06.2019), che preveda momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità (già in uso). Verifica a campione della appropriatezza del ricovero e della adeguata compilazione della documentazione attestante il ricovero  Adozione di specifico regolamento aziendale sulla gestione delle liste di attesa per esami PET, TAC, RM e rispetto del diritto di accesso.(entro 30.06.2019), che preveda momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità per l'effettuazione dell'esame.

	Disciplina della riservatezza sui decessi dei pazienti	Utilizzo delle informazioni sui decessi dei pazienti a vantaggio delle imprese di pompe funebri	BASSO	Sensibilizzazione del personale sulla corretta applicazione della normativa sulla riservatezza e formazione in materia di privacy
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Fase di esercizio dell'ALPI	Violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione	BASSO	Verifica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione.(in corso)
		Svolgimento della libera professione in orario di servizio	BASSO	Controllo orario di lavoro e della refertazione dei pazienti. (in corso)
		Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	BASSO	Verifica a campione applicazione linee guida e/o protocolli clinici e comparazione dei relativi tempi di follow up applicati sia ai pazienti seguiti in regime istituzionale che in libera professione intramuraria entro il 31.12.2019

## **20. Precisazioni sulle procedure di acquisizione beni e servizi**

L'Istituto provvede a garantire ai propri reparti tutti i beni e servizi necessari alle loro attività provvedendo ad acquisire beni e servizi per un valore annuo inferiore ai €. 40.000,00 tramite procedure amministrative autonome ai sensi del D. Lgs n° 50/2016 e s.m.i. e per gli acquisti in esclusiva a prescindere dal valore e per quelli che l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), a cui dal 01.01.2019 è subentrata la Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), non ritiene di interesse regionale o che non coinvolgono più Aziende Sanitarie.

Mentre per acquisti di valore superiore ai 40.000,00 euro si avvale, ai sensi della L.R. 21 luglio 2004 n. 20 e successive modifiche ed integrazioni, di ARCS.

Mentre per quanto riguarda l'esecuzione dei contratti sia per quelli individuati da EGAS/ARCS sia per quelli individuati dal CRO, gli stessi vengono gestiti direttamente dall'Istituto.

Ciò premesso le procedure d'acquisto si possono così classificare:

- Procedure centralizzate gestite da ARCS: riguardano acquisizioni di beni/servizi richiesti da più aziende sanitarie, gestite direttamente da ARCS e con commissioni giudicatrici composte da personale proveniente da diverse aziende del SSR. Il procedimento amministrativo è in campo a ARCS, che è ente appaltante. In tale contesto il CRO propone, in base alla specificità di ciascuna gara e all'interesse per la gara stessa, un componente: a seguito di tale proposta e preso atto delle proposte avanzate dalle altre Aziende Sanitarie interessate alla gara, ARCS definisce la composizione della commissione giudicatrice.
- Procedure gestite da ARCS per conto di una singola azienda: riguardano acquisizioni di beni/servizi richiesti da una singola azienda sanitaria, nel nostro caso il CRO, in cui ARCS ha il ruolo di stazione appaltante, e con commissioni giudicatrici composte da personale del CRO, il procedimento amministrativo è in capo ad ARCS: in tale contesto il CRO propone il capitolato tecnico di gara, propone i componenti della commissione tecnico/giudicatrice. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte tipicamente da personale di ARCS.

Fermo restando che per l'acquisto di beni e servizi, a prescindere dal valore, se il bene è presente in una delle convenzioni CONSIP, si accede a quest'ultime.

### Procedura in cui il CRO è stazione appaltante

Si distinguono:

- Procedure per affidamento di lavori e servizi per l'ingegneria.
- Per i lavori il CRO risulta essere sempre Stazione Appaltante e provvede alle acquisizioni in base alla normativa vigente D.Lgs n. 50/2016 s.m.i.
- Procedure per l'affidamento di forniture di beni e servizi di cui all'Art. 63, comma 2, lettera b del D. Lgs. n.50/16 (esclusività) a prescindere dal valore economico;
- Procedure per l'affidamento di beni e servizi di valore inferiore a €. 40.000,00 si applica l'art.36 del D. Lgs. n. 50/16. In tale ambito il CRO opera mediante il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), quando è presente il meta prodotto o in alternativa tramite procedura negoziata con documenti amministrativi in forma cartacea.

## **21. Attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano, nonché canali e strumenti di partecipazione**

Oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e al Responsabile per la Trasparenza, hanno partecipato alla stesura del piano i Referenti del Responsabile PC.

Si precisa che nessuna delle figure coinvolte nella elaborazione del Piano e nell'attività di analisi del rischio dispone delle competenze tipiche di un "risk management".

## **22. Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione**

Procedura aperta alla consultazione per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione – PTPC 2019-2021 comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità – PTTI 2019-2021.

Pubblicato su “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti”, “Prevenzione della Corruzione” e “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti”, “Trasparenza”

Pubblicato con avviso Prot. n. 22973 del 04.12.2018 con scadenza 23.12.2018.

## **23. Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano**

Il PTPC 2019-2021 viene pubblicato sul sito istituzionale [www.cro.sanita.fvg.it](http://www.cro.sanita.fvg.it), link (dalla homepage) “*amministrazione trasparente*”, sezione “*altri contenuti*”, “*Prevenzione della corruzione*”.

La pubblicazione è a tempo indeterminato sino ad eventuale revoca del Piano

## **24. Misure di prevenzione**

Le misure di prevenzione da adottare al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio sono distinte, coerentemente alle indicazioni del PNA, in due categorie:

- misure obbligatorie**, la cui applicazione è imposta dalla legge o da altre fonti normative;
- misure ulteriori**, che pur non essendo obbligatorie per legge sono rese tali dal loro inserimento nel PTPC.

Le misure di prevenzione obbligatorie sono esplicitate nel successivo paragrafo. L'All. 1 riporta in forma tabellare le attività programmate per il triennio di vigenza del presente PTPC per ciascuna misura, la relativa tempistica ed i soggetti deputati alla loro attuazione anche al fine di realizzare un collegamento reale con il ciclo delle *performance*.

In relazione alle **misure di prevenzione ulteriori** è stato ritenuto opportuno, anche per una più agevole lettura e applicazione, evidenziare la distinzione tra:

- a) misure ulteriori di **carattere trasversale**, per le quali si rimanda al § 31;
- b) misure ulteriori per **i processi peculiari dell'Istituto**. Tali misure sono riportate in dettaglio nelle schede di programmazione del presente PTPC (All. 3).

## **25. Misure di prevenzione obbligatorie**

### **• Adempimenti in materia di trasparenza**

Per la descrizione delle misure adottate e da adottare in materia di trasparenza si rinvia all'apposita sezione del presente PTPC (Allegato 1).

### **• Codice etico e di comportamento aziendale**

Nell'intento di assicurare la qualità dei servizi delle Pubbliche Amministrazioni, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, nonché il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico in ossequio a quanto previsto dall'art. 54 D.Lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 c. 44 L. 190/2012, è stato emanato in data 16.04.2013 il D.P.R. 62/2013 “*Regolamento recante*

*codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.*

La *ratio* sottesa a tale previsione legislativa è la definizione degli obblighi e dei comportamenti che devono essere rispettati dai dipendenti pubblici ed in particolare dai Dirigenti ai quali è dedicata una specifica sezione del Codice.

L'art. 2, c. 3 del Codice prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi di condotta previsti.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 54, c. 5 D.Lgs. 165/2001 e dall'art. 1, c. 2 del D.P.R. n. 62/2013 che impongono ad ogni Pubblica Amministrazione di adottare un proprio Codice che integri e specifichi i contenuti e le direttive del “Codice di comportamento nazionale” approvato con D.P.R. n. 62/2013, l'Istituto ha adottato il Codice di Comportamento aziendale (deliberazione n. 25 in data 23.01.2014) che è stato rivisto e integrato con il nuovo Codice etico e di comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 186 in data 20.06.2017.

La violazione dei doveri contenuti nei Codici di comportamento, nazionale e aziendale, compresi quelli relativi all'attuazione del presente PTPC è fonte di responsabilità disciplinare e rileva altresì ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi e regolamenti.

Tutti i Responsabili delle strutture in cui si articola l'Istituto, l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) e le strutture di controllo interno vigilano sul rispetto dei Codici.

Il RPC cura:

- la pubblicazione dei Codici sul sito istituzionale;
- la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento (nazionale ed interno) nell'Istituto che attraverso attività di formazione del personale;
- il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- la comunicazione all'A.N.A.C. dei risultati del monitoraggio.

Ai suddetti fini opera in stretto raccordo con l'UPD che integra i propri compiti curando altresì l'aggiornamento del Codice etico e di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazioni dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie previste per la tutela del dipendente che segnala illeciti ai sensi dell'art. 54 *bis* D.Lgs. 165/2001.

#### • **Rotazione del personale**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di prevenzione fondamentale in quanto l'alternanza di più soggetti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione ed utenti tali da dar luogo a fenomeni corruttivi. Tuttavia la rotazione del personale costituisce una misura complessa in quanto contrastante con il principio di continuità dell'azione amministrativa fondata sulla valorizzazione della professionalità acquisita dal dipendente. Ciò premesso può risultare utile per l'applicazione di tale misura considerare la tipologia di attività: per quelle “fungibili” sarà possibile attuare la rotazione del personale addetto, mentre risulterà arduo applicare il principio *de quo* per il personale che svolge attività “specialistiche” in quanto per tali ipotesi sarà più difficile contemperare la rotazione con le esigenze di economicità ed efficienza dell'azione amministrativa.

Il paragrafo VII – SANITA' del PNA 2016 , al Capitolo “Rotazione del Personale” ha inteso fornire, alle aziende sanitarie indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un



percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

La rotazione va intesa come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Il PNA ha riconosciuto il fatto che l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata – può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Per quanto riguarda la dirigenza professionale-tecnica-amministrativa si deve far presente che:

- dal 01.12.2015 ha preso servizio (in comando da altra azienda del SSN) un nuovo dirigente amministrativo al quale è stato conferito l'incarico di Direttore della struttura complessa Approvvigionamenti, Economato e Logistica. Il suddetto dirigente ha cessato la sua attività presso l'Istituto il 14.10.2018. L'Amministrazione del CRO sta provvedendo attualmente alla sua sostituzione

- dal 02.11.2017 ha preso servizio un nuovo dirigente ingegnere a tempo indeterminato all'interno della Struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-strutturali e Informatiche.

Ciò premesso si può considerare che la rotazione dei dirigenti nei settori più a rischio (personale, tecnico e acquisizione beni e servizi) si sia sostanzialmente verificata nel corso degli ultimi anni e che quindi la rotazione in tali settori non debba essere effettuata nel prossimo triennio.

Il PNA 2016 prevede che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi. Al riguardo è stata prevista, quale misura di prevenzione della corruzione, la collegialità nella verifica dei requisiti previsti dalle normative di riferimento, coordinata dai Responsabili delle SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica, Legale Affari Generali e Gestione Risorse Umane, Gestione Risorse Economico-Finanziarie, dei Dirigenti della SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche e della SOS Gestione del Personale e la presenza dei funzionari dei rispettivi uffici che sono coinvolti nei processi nel rispetto del principio di rotazione; in tal modo si realizza la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra i collaboratori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività o ancora l'articolazione delle competenze (c.d. "segregazione delle funzioni"). Si ricorda che la misura costituirà obiettivo strategico di carattere organizzativo contenuto nelle schede delle strutture sopra indicate.

## 26. Conflitto di interesse

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con le capacità di un professionista del Servizio sanitario nazionale ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità.

Il tema del “conflitto di interessi” è di particolare rilievo nel settore degli appalti pubblici in sanità, in seguito all’entrata in vigore del D. Lgs. n. 50/2016 (nuovo codice dei contratti pubblici) dove ha trovato una specifica trattazione all’art.42.

Il concetto di “conflitto di interessi” è definito nell’ordinamento italiano dalla Legge 20.7.2004, n.215 come situazione che sussiste quando il titolare di cariche di governo partecipa all’adozione di un atto, anche formulando la proposta o omettendo un atto dovuto, trovandosi in situazione di incompatibilità ovvero avendo l’atto o l’omissione un’incidenza specifica e preferenziale sul patrimonio del titolare, del coniuge o dei parenti entro il secondo grado o delle imprese o società da essi controllate, con danno per l’interesse pubblico.

In linea generale, pertanto, un “conflitto di interessi” implica un contrasto tra la mission pubblica e gli interessi privati di un dipendente pubblico, in cui quest’ultimo possiede a titolo privato o personale interessi che potrebbero influire indebitamente sull’assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubblici.

Il conflitto di interessi viene classificato in:

- *reale*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l’interesse primario di un’altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.
- *apparente*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona può apparentemente tendere a interferire, agli occhi di osservatori esterni, con l’interesse primario di un’altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità, ma, di fatto, non è così.
- *potenziale*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona potrebbe potenzialmente tendere a interferire con l’interesse primario di un’altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

Di recente il tema del conflitto di interessi è stato trattato dal D.P.R. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

In particolare, l’art.5 fa espresso divieto ai dipendenti di partecipare ad associazioni o ad organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall’Ente; sussiste in ogni caso un obbligo di tempestiva comunicazione nel caso in cui gli stessi partecipino ad associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento di attività d’ufficio, esclusa l’adesione a partiti politici o sindacati.

Destinataria delle suddette comunicazioni è la SOC LAGRU – SOS Gestione del Personale, alla quale compete la valutazione della sussistenza delle eventuali condizioni che integrino ipotesi di incompatibilità, anche potenziale, cui consegue l’obbligo di astensione.

L’art.6, comma1, prevede che i dipendenti comunichino al responsabile della struttura di assegnazione tutti i rapporti di collaborazione propri, o di parenti o affini entro il secondo grado, o del coniuge o del convivente, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni, precisando se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al proprio ufficio, limitatamente alle attività ad essi affidate.

E’ inoltre vietato avere direttamente o indirettamente interessi economici in enti, imprese e società che operano in settori di interesse istituzionale dell’Istituto.

Da ultimo l’art.6 prevede l’obbligo di astensione dei dipendenti dalla propria attività di ufficio in ogni ipotesi di conflitto di interessi, anche potenziali:

- personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall’intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici

L'art.7 del D.P.R. 62/2013 contiene una clausola generale che si riferisce a qualsiasi ipotesi di conflitto di interesse, prevedendo un corrispondente obbligo di astensione, anche nel caso in cui non si concretizzi un vero e proprio conflitto, bensì solo gravi ragioni di convenienza.

Per quanto riguarda il personale dirigenziale, l'art.13 del D.P.R. 62/2013 contiene disposizioni particolari prevedendo che, prima di assumere le funzioni, i dirigenti sono tenuti a comunicare:

- le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge;
- se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;
- le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

Per quanto attiene agli adempimenti in materia di conflitto di interessi si riporta l'obiettivo assegnato per il 2019

OBIETTIVO	TEMPISTICA	INDICATORI	STRUTTURA COMPETENTE
Obblighi di comunicazione e di astensione	30/6/2019	Richiesta a tutto il personale dipendente dichiarazioni art.5, 6 e 13 DPR 62/2013	SS GESTIONE DEL PERSONALE

## 27. Il conflitto di interessi nel settore degli appalti pubblici

L'art.42 del D.Lgs. n. 50/2016 reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione di conflitti di interesse che possono essere percepiti quale minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

Nel settore degli "acquisti in ambito sanitario" il conflitto di interessi scaturisce dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i beni acquistati.

Ai sensi dell'art.42, comma 2 del D.Lgs. 50/2016 si ha conflitto di interessi quando il personale di una stazione appaltante "interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato o ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione". Lo stesso articolo 42 definisce, in particolare, le situazioni di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione prevista dall'art.7 del D.P.R. 62/2013 riportato di seguito:

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

Tale previsione trova applicazione anche nella fase di esecuzione dei contratti pubblici.

La presenza, anche potenziale, di un conflitto di interessi determina la necessaria astensione del personale

che è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante.

La violazione dell'obbligo di astensione è causa di responsabilità disciplinare, ferma restando quelle amministrativa e penale.

Premesso che l'Istituto è tenuto a prevedere misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione, nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni in modo da garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, si ritiene che i principali strumenti per la gestione dei conflitti di interessi non possono prescindere dalla definizione di un modello di gestione dei conflitti di interesse e l'informazione dei professionisti coinvolti.

## **28. Commissioni di gara**

L'art.77 del nuovo Codice degli appalti pubblici disciplina le cause di incompatibilità e di astensione dei commissari di gara che si riportano di seguito:

- non aver svolto alcuna funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto dei cui affidamento si tratta (art.77 comma 4 D.Lgs. 50/2016)
- di non aver ricoperto nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, cariche di pubblico amministratore presso l'Amministrazione che intende affidare il contratto (art.77 comma 5 D.Lgs. 50/2016)
- di non aver concorso, in qualità di membro di commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi (art. 77 comma 6, D.Lgs. 50/2016).

## **29. La dichiarazione relativa al conflitto di interesse**

La dichiarazione di assenza di conflitto di interessi costituisce un obbligo da ottemperare immediatamente al fine di salvaguardare la procedura di gara e il dipendente stesso.

Tale dichiarazione costituisce strumento di prevenzione dei conflitti teso a:

- sensibilizzare i dipendenti al rischio di conflitti di interesse;
- indicare i settori a rischio da considerare nel controllo della gestione;
- evitare che i dipendenti, in una fase successiva, siano accusati di mancata comunicazione di situazioni di conflitto;
- tutelare la regolarità della procedura e, quindi, salvaguardare gli interessi dell'Ente;

La dichiarazione va sottoscritta all'atto della nomina o, comunque, prima dell'inizio dello svolgimento dell'incarico e va consegnata al responsabile del procedimento.

Tale obbligo dovrebbe valere almeno per il personale che contribuisce alla stesura della procedura di gara (bando, capitolato) e per i membri della commissione di gara.

## **30. Contenuti della dichiarazione**

La dichiarazione deve contenere:

- riferimento alla procedura di appalto
- nome, cognome, data di nascita del firmatario nonché il ruolo svolto nell'ambito della procedura
- la data di sottoscrizione
- l'assenza di conflitti di interessi in relazione al procedimento cui la dichiarazione si riferisce
- l'obbligo di comunicare qualsiasi variazione dello status dichiarato

- le conseguenze della mancata comunicazione di conflitto di interessi

La dichiarazione va resa sotto forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt.46 e 46 D.P.R.445/2000) – secondo i modelli in uso presso l’Ente.

In attuazione di tali disposizioni i controlli possono essere fatti a campione o qualora vi siano fondati dubbi sulla loro veridicità.

### 31. Strumenti di controllo delle dichiarazioni

I principali strumenti di controllo e verifica delle dichiarazioni rese sono:

- verifica del testo della dichiarazione ed esame delle situazioni di conflitto indicate dallo stesso dichiarante
- segnalazioni ricevute dall’esterno
- elementi desumibili da fatti notori
- ogni altro elemento utile a disposizione

### 32. Raccolta e conservazione delle dichiarazioni

Per ciascuna procedura devono essere garantiti l’archiviazione ed il monitoraggio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, mediante la tenuta di un registro all’uopo dedicato da parte della struttura procedente, da realizzarsi entro il 30 giugno 2019.

Il monitoraggio della procedura e l’aggiornamento dei dati sono direttamente connessi alla realizzazione delle misure organizzative previste dal PNA 2016 e costituiscono obiettivo strategico.

OBIETTIVO	TEMPISTICA	INDICATORI	STRUTTURA COMPETENTE
Costituzione registro archiviazione dichiarazioni conflitto di interessi	30/6/2019	Registrazione progressiva delle dichiarazioni conflitto di interessi con indicazione della procedura di riferimento	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico strutturali e Informatiche

### 33. Procedura per la gestione dei conflitti di interesse

Qualora in seguito ai controlli, si accerti la sussistenza di un conflitto di interessi di natura amministrativa, l’Amministrazione può:

- adottare misure/sanzioni disciplinari o amministrative a carico del funzionario interessato;
- annullare il contratto/l’atto viziato dal conflitto di interessi e ripetere la parte della procedura in questione;
- mettere in correlazione i propri risultati con altri dati e utilizzarli per effettuare un’analisi dei rischi;

Qualora il conflitto di interessi abbia carattere penale ne va data comunicazione alla Procura.

Sul conflitto di interessi decide il dirigente responsabile della struttura di assegnazione o il direttore amministrativo per i dirigenti, avvalendosi, qualora necessario, del RPCT.

### **34. Inconferibilità – incompatibilità incarichi dirigenziali**

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, ha dettato nuove norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012.

Il provvedimento introduce alcune ipotesi di incompatibilità e di inconferibilità degli incarichi amministrativi di vertice, degli incarichi dirigenziali interni e degli incarichi dirigenziali esterni.

L'inconferibilità è una situazione di contrasto tra uno status e situazioni diverse, non può essere rimossa ma rimane uno stato di fatto. Come tale preclude, in via permanente o temporanea, l'attribuzione dell'incarico a un determinato soggetto.

L'incompatibilità consiste nell'obbligo per il destinatario dell'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico o lo svolgimento di attività con questo incompatibili. La dichiarazione di incompatibilità deve contenere altresì l'obbligo per l'interessato di comunicare ogni intervenuta variazione.

La normativa sulla incompatibilità e inconferibilità è stata oggetto di due Delibere dell'ANAC in ordine alla interpretazione e all'applicazione del D.Lgs. 39 /2013 alla Dirigenza del settore sanitario.

Inizialmente con Delibera n. 58 /2013 si era ritenuto che le cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa in oggetto non potessero ritenersi applicabili esclusivamente agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ma –inevitabilmente– anche ai dirigenti con responsabilità generale, ai direttori di strutture complesse) nonché ai dirigenti di strutture semplici non inserite in strutture complesse.

Successivamente a seguito della pronuncia del Consiglio di Stato n. 5583/2014 secondo la quale “...appare chiaro ed inequivocabile, dunque, che il legislatore delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali; ed ha fatto ciò in pedissequa applicazione del criterio imposto dalla legge delega, e precisamente dall'art. 1, comma 50, lettera (d). Questo prevede esplicitamente una disciplina apposita per il personale delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere al fine di «comprendere» nel regime dell'incompatibilità i tre incarichi di vertice (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo”, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha adottato la Delibera n.149 del 22 dicembre 2014 interamente sostitutiva della precedente ed ha espressamente precisato che “le ipotesi di incompatibilità e inconferibilità presso le ASL devono intendersi applicabili solo con riferimento agli incarichi di Direttore generale, amministrativo e sanitario.....”.

L'Istituto prende atto dell'interpretazione fornita dall'ANAC; restano ovviamente ferme tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per il personale del SSN dettate da disposizioni diverse nonché le disposizioni di cui al DPR 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e in particolare l'art.6 “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse “ e l'art. 7 “Obbligo di astensione” e dal Codice di comportamento dei dipendenti recentemente approvato .

Al fine di realizzare la relativa misura di prevenzione il responsabile della SOC Affari Generali e Gestione del Personale ha acquisito nell'anno 2017 le dichiarazioni relative all'insussistenza di cause di inconferibilità del Direttore Generale, del Direttore Sanitario, del Direttore Scientifico e del Direttore Amministrativo.

Ai sensi dall'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all'ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione”, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT “avviare il

*procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."*

### **35. Astensione in caso di conflitto di interesse**

Il dipendente (e gli altri soggetti individuati come destinatari del presente Piano) si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività nei casi di cui all'art. 6, comma 2 e art. 7 del D. Lgs. n. 62/2013, e qualora sorga l'obbligo di astensione deve darne comunicazione (vedi allegato 6) al proprio responsabile, e per conoscenza al dirigente della Struttura di appartenenza, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza. Qualora l'obbligo di astensione sorga a carico di un dirigente, questi deve comunicarlo secondo la predetta tempistica al responsabile della Struttura di appartenenza e al Direttore del Dipartimento di afferenza.

Il dirigente esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto (allegato 7) al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

I provvedimenti relativi alle astensioni sono comunicati al RPC.

La mancata presentazione della richiesta di astensione, nel caso in cui sorga tale obbligo, costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Tutti i dirigenti degli uffici amministrativi e, per quanto riguarda il personale del comparto, solamente coloro che a qualsiasi titolo partecipano ai procedimenti/attività di seguito specificati, in ordine alla comunicazione di interessi finanziari, conflitti di interesse e obbligo di astensione, devono presentare apposita autocertificazione (allegato 8) al Responsabile della Struttura/Direttore di dipartimento entro il 31 gennaio di ogni anno e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi, forniture;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera;
- procedure selettive per il conferimento di incarichi(collaborazioni a soggetti esterni);
- liquidazione e pagamento di somme in favore di soggetti terzi a qualunque titolo;
- registrazione fatture, emissioni mandati di pagamento e controlli tecnico-contabili sui provvedimenti di liquidazione e pagamento.

Il predetto responsabile dovrà custodire le autocertificazioni ricevute, effettuare le prescritte verifiche sulle stesse e adottare i relativi provvedimenti consequenziali; la mancata presentazione/aggiornamento della predetta autocertificazione costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente.

### **36. Attività successive alla cessazione dal servizio**

La L. 190/12 ha introdotto all'art. 53 D. Lgs. 165/2001 il comma 16 *ter*: *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico*

*impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.*

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

L'applicazione della misura relativa a tale disposizione normativa è stata realizzata nei seguenti termini:

- nei contratti di assunzione del personale tecnico e amministrativo a partire dalla categoria C e dirigenziale con incarico di direzione di struttura complessa o semplice dipartimentale un'apposita clausola che sancisca il divieto di prestare attività, a titolo di lavoro subordinato o autonomo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego con l'Istituto in favore dei soggetti privati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi adottati o conclusi con l'apporto decisionale del dipendente medesimo negli ultimi tre anni di servizio, pena la nullità del contratto di lavoro/incarico dell'ex dipendente con il soggetto privato e fatta salva l'azione giudiziale dell'Istituto diretta ad ottenere il risarcimento del danno nei confronti dell'ex dipendente;
- nei bandi di gara e nei capitolati speciali apposita clausola che faccia espresso riferimento alla condizione soggettiva degli operatori economici partecipanti di non avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Istituto nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di impiego e che negli ultimi tre anni di servizio presso il CRO abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti degli stessi soggetti privati, prevedendo l'esclusione dalla procedura di affidamento in caso emergano le predette situazioni. Si prevede inoltre l'obbligo in capo agli stessi partecipanti di restituire all'Istituto eventuali compensi illegittimamente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Tale clausola deve essere inserita altresì nelle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti alle procedure di affidamento.

### **37. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.**

L'art. 35 bis, inserito dalla L. 190/2012 nell'ambito del D.Lgs. 165/2001, introduce alcune condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Più precisamente esso sancisce che: “1. *Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

- a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- c) *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per*



*l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

*2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”*

Si dovrà provvedere a verificare l'eventuale sussistenza di sentenze penali di condanna anche non passate in giudicato per i reati suindicati in capo ai soggetti che:

a) si intendano nominare quali componenti di:

- commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, anche con sole funzioni di segreteria;
- commissioni per l'affidamento di commesse di qualunque genere (beni, servizi e forniture);
- commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;

La verifica è effettuata mediante acquisizione d'ufficio o dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 all'atto della formazione della commissione, del conferimento dell'incarico, nonché tempestivamente nel caso di incarichi già effettuati alla data di entrata in vigore della L. 190/2012.

Dell'accertata assenza di precedenti penali deve essere fatta espressa menzione nel relativo provvedimento di nomina/conferimento. Nel caso in cui venga accertata la sussistenza di una causa ostativa non si potrà procedere alla nomina/incarico e se la causa ostativa si appalesa nel corso del rapporto, anche con riferimento a nomine o incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore dell'art. 35 *bis* D. Lgs. 165/2001, il RPC effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o dalla funzione di componente della commissione.

La violazione del c. 1 lett. a) dell'art. 35 *bis* determina l'illegittimità del relativo provvedimento conclusivo del procedimento.

### **38. Tutela del *whistleblower***

L'Autorità nazionale anticorruzione il 28 aprile 2015 ha approvato, dopo un periodo di “*consultazione pubblica*”, le “*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)*” (determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, pubblicata il 6 maggio 2015).

La tutela del *whistleblower* è un dovere di tutte le amministrazioni pubbliche le quali, a tal fine, devono assumere “*concrete misure di tutela del dipendente*” da specificare nel Piano triennale di prevenzione della corruzione.

La legge 190/2012 ha aggiunto al d.lgs. 165/2001 l'articolo 54-bis.

La norma prevede che il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, o all'ANAC, ovvero riferisca al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non possa “*essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia*”.

L'articolo 54-bis delinea una “*protezione generale ed astratta*” che, secondo ANAC, deve essere completata con concrete misure di tutela del dipendente. Tutela che, in ogni caso, deve essere assicurata da tutti i soggetti che ricevono la segnalazione.

Il Piano nazionale anticorruzione prevede, tra azioni e misure generali per la prevenzione della corruzione e, in particolare, fra quelle obbligatorie, che le amministrazioni pubbliche debbano tutelare il dipendente che

segnala condotte illecite.

Il PNA impone alle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1 comma 2 del d.lgs. 165/2001, l'assunzione dei *"necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni"*.

Le misure di tutela del *whistleblower* devono essere implementate, *"con tempestività"*, attraverso il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC).

Con la citata determinazione ANAC ha previsto che, al fine di rafforzare le misure a tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, le amministrazioni introducano nei Codici di comportamento, adottati ai sensi dell'art. 54, comma 5, del citato d.lgs. n. 165/2001, forme di responsabilità specifica sia in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione sia nei confronti dei soggetti che gestiscono le segnalazioni e che fanno parte, per esigenze di tutela del segnalante, di un gruppo ristretto a ciò dedicato. Si rammenta, comunque, che ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 la violazione da parte di dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel Piano di prevenzione della corruzione, ivi compresa la tutela del dipendente che segnala condotte illecite ai sensi dell'art. 54-bis, è sanzionabile sotto il profilo disciplinare.

L'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 prevede espressamente che il dipendente pubblico possa segnalare le *«condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro»*.

**A.** Ad avviso dell'Autorità, le condotte illecite oggetto delle segnalazioni meritevoli di tutela comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale (ossia le ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari, disciplinate rispettivamente agli artt. 318, 319 e 319-ter del predetto codice), ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché i fatti in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ivi compreso l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*. Si pensi, a titolo meramente esemplificativo, ai casi di sprechi, nepotismo, demansionamenti, ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, violazione delle norme ambientali e di sicurezza sul lavoro.

Ciò appare in linea, peraltro, con il concetto di corruzione preso a riferimento nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013 e soprattutto nell'attuale PNA (§ 2.1), volto a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Il RPC riceve le segnalazioni alla casella di posta elettronica: anticorruzione@cro.it

**B.** Le condotte illecite segnalate, comunque, devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» e, quindi, ricomprendono certamente quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale. In caso di trasferimento, comando, distacco (o situazioni analoghe) del dipendente presso un'altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione. In tale ipotesi, l'amministrazione che riceve la segnalazione la inoltra comunque all'amministrazione cui i fatti si riferiscono, secondo criteri e modalità da quest'ultima stabilite, o all'A.N.AC..

Non sono invece meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: ciò in quanto è necessario sia tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia evitare che l'amministrazione o l'ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e comunque dispendiose. In ogni caso, considerato lo spirito della norma - che è quello di incentivare la collaborazione di chi lavora all'interno delle pubbliche amministrazioni per l'emersione dei fenomeni corruttivi - ad avviso dell'Autorità non è necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, essendo invece sufficiente che il dipendente, in base alle proprie

conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nel senso sopra indicato.

Nel caso si ravvisino elementi di non manifesta infondatezza del fatto, il Responsabile inoltra la segnalazione ai soggetti terzi competenti - anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti - quali:

- il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- l'ufficio procedimenti disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'Autorità giudiziaria, la Corte dei conti e l'A.N.A.C., per i profili di rispettiva competenza;
- il Dipartimento della funzione pubblica.

La tutela della riservatezza del segnalante va garantita anche nel momento in cui la segnalazione viene inoltrata a soggetti terzi.

Nel caso di trasmissione a soggetti interni all'amministrazione, dovrà essere inoltrato solo il contenuto della segnalazione, espungendo tutti i riferimenti dai quali sia possibile risalire all'identità del segnalante. I soggetti interni all'amministrazione informano il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'adozione di eventuali provvedimenti di propria competenza.

Nel caso di trasmissione all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al Dipartimento della funzione pubblica, la trasmissione dovrà avvenire avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

L'articolazione della procedura nelle diverse fasi è schematizzata, a puro titolo esemplificativo, nell'allegato alla determinazione ANAC n. 6/2015 che si riporta all'allegato n. 9.

Il PNA 2016 ha sottolineato la necessità che la segnalazione, ovvero la denuncia, sia "in buona fede": la segnalazione è effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione.

Particolare attenzione deve essere posta dai vertici dell'amministrazione e dal RPCT affinché non si radichino, in conseguenza dell'attività svolta dal RPCT, comportamenti discriminatori.

Il PNA 2016 richiama le pubbliche amministrazioni al rispetto dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 e, in particolare modo, si evidenzia che non vi è una gerarchia fra i canali di segnalazioni previsti dal legislatore, non dovendosi, quindi, sanzionare (disciplinarmente) il dipendente che non si rivolge all'interno della propria amministrazione per denunciare situazioni di *maladministration*.

Il PNA 2016 fa inoltre presente che l'Autorità si sta dotando di una piattaforma *Open Source* basata su componenti tecnologiche stabili e ampiamente diffuse: si tratta di un sistema in grado di garantire, attraverso l'utilizzazione di tecnologie di crittografia moderne e standard, la tutela della confidenzialità dei questionari e degli allegati, nonché la riservatezza dell'identità dei segnalanti. La piattaforma sarà messa a disposizione delle amministrazioni, consentendo così da parte di ciascuna di esse un risparmio di risorse umane e finanziarie nel dotarsi della tecnologia necessaria per adempiere al disposto normativo.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 291 del 14.12.2017 è stata pubblicata la legge n. 179 in data 30.11.2017 recante "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". Il provvedimento tutela i cosiddetti "whistleblower", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito. Per quanto riguarda la Pubblica Amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del dipendente motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

Per rispondere ai nuovi compiti assegnati dalla legge, l'Autorità nazionale anticorruzione è al lavoro per predisporre apposite linee guida per la gestione delle segnalazioni e istituire un apposito ufficio che si occuperà in via esclusiva del whistleblowing.

Con Comunicato del Presidente in data 15.01.2019 L'Autorità ha reso noto che a partire dal 15 gennaio 2019 sarà disponibile per il riuso l'applicazione informatica "Whistleblower" per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del d.lgs. n. 165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n. 6 del 2015.

Il software gratuito di cui sopra però è predisposto per sistemi centos/linux che non sono gestiti in Istituto (l'intera infrastruttura di dominio è basata su windows server 2013, 2016).

Un apposito software è in fase di acquisizione presso l'Istituto.

### **39. Formazione del personale**

La formazione del personale costituisce una fondamentale misura per la prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata favorisce infatti:

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la diffusione di conoscenze omogenee tra i dipendenti, che consente di realizzare la rotazione del personale;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra le diverse esperienze e prassi amministrative adottate nelle varie strutture dell'Istituto, attraverso la compresenza di personale "in formazione" proveniente da realtà professionali diversificate, al fine di rendere omogenee le modalità di svolgimento dei processi amministrativi;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Per l'Istituto la formazione riveste un'importanza primaria nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali in relazione alla riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione e alla creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

A tal fine, nel triennio 2017-2019, l'Ente intende favorire percorsi formativi articolati su due livelli:

- livello generale: rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità;
- livello specifico: rivolto soprattutto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai referenti del RPCT, ai dirigenti ed al personale addetti alle aree a rischio;

In ogni annualità sarà comunque garantita la prosecuzione della formazione generale, in aggiornamento

obbligatorio o facoltativo, e di formazione specifica, eventualmente anche con iniziative in house o comuni con le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il personale da inserire nei percorsi di formazione specifica è individuato dal RPCT, su proposta dei Referenti e dei Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Ente, considerati i seguenti criteri:

- ruolo affidato al soggetto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- il grado di rischio dell'attività svolta;
- la responsabilità connessa all'incarico o posizione;
- numero di iniziative formative effettuate nell'ultimo biennio;

L'individuazione dei contenuti formativi e la rilevazione del fabbisogno formativo sono effettuati dai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Ente, in collaborazione con il RPCT.

Con apposite circolari il RPCT, d'intesa con la Direzione Strategica, rende noti gli incontri formativi, definendone la tipologia e individuando il personale coinvolto.

Le attività di formazione, data la precipua funzione di prevenzione della "corruzione", sono programmate e realizzate senza soluzione di continuità.

Il RPCT, d'intesa con il Centro Attività Formative, monitora e verifica il grado di partecipazione e il livello di gradimento della formazione erogata attraverso la somministrazione di questionari ai destinatari della stessa anche al fine di acquisire suggerimenti da valutare in sede di programmazione dei futuri percorsi formativi.

#### **40. Rapporto con la società civile**

Le azioni di sensibilizzazione sono volte a creare un dialogo con gli utenti dell'Istituto per realizzare un rapporto di fiducia e agevolare l'emersione di fenomeni corruttivi "silenti". A tal fine è stata prevista l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) a cui può rivolgersi qualsiasi interessato per conoscere, informarsi, segnalare o semplicemente comunicare con l'Istituto.

Inoltre, al fine di rafforzare i contatti con l'utenza esterna, il RPCT è il destinatario di eventuali segnalazioni di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi o corruzione inviate mediante posta elettronica all'indirizzo anticorruzione@cro.it

#### **41. Monitoraggio dei tempi procedurali**

L'art. 1 c. 28 L. 190/2012 impone alle Pubbliche Amministrazioni di:

- effettuare il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali, ponendo in essere misure atte alla tempestiva eliminazione delle anomalie;
- pubblicare i risultati del monitoraggio sul proprio sito web.

Il riflesso che il rispetto dei termini di conclusione ha nella politica delle azioni di prevenzione della corruzione è testimoniata dalle modifiche che la L.190/2012 ha apportato alla L. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Il rispetto dei tempi procedurali è infatti sintomo di "buona amministrazione", ed al contempo il monitoraggio della tempistica è utile strumento per valutare eventuali comportamenti che potrebbero ricondurre a ipotesi di "corruzione", in caso di omessa o ritardata emanazione del provvedimento finale che comporta il risarcimento del danno ingiusto cagionato dall'inosservanza dolosa o colposa del termine.

Nelle more della predisposizione di un sistema "informatizzato" che consentirà il monitoraggio costante ed in tempo reale delle tempistiche procedurali il RPCT provvede ad effettuare il

monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti mediante controlli a campione l'acquisizione di un report annuale redatto dai Responsabili di Struttura/Ufficio riportante altresì le motivazioni che hanno determinato gli eventuali ritardi.

#### **42. Monitoraggio rapporti amministrazione/soggetti esterni**

La L. 190/2012 impone a ciascuna amministrazione di monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati in procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione (art. 1, co. 9, lett e).

#### **43. Informatizzazione dei processi**

Tra i principali obiettivi della più recente legislazione in materia di razionalizzazione e miglioramento delle attività delle Pubbliche Amministrazioni in termini di efficienza, economicità e buon andamento si annovera il generale processo di informatizzazione delle attività, al fine di sia il rapporto interno tra gli uffici ed il dialogo tra le Pubbliche Amministrazioni, sia tra queste e gli utenti.

L'informatizzazione dei processi riveste un ruolo fondamentale anche ai fini della prevenzione della "corruzione" riducendo, da un lato, i margini di interventi "discrezionali" e agevolando, dall'altro, sistemi di gestione e controllo dell'attività amministrativa. Essa inoltre consente, per tutte le attività poste in essere dall'amministrazione, la tracciabilità delle fasi del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non altrimenti monitorabili con emersione delle connesse responsabilità per ciascuna fase.

In tale quadro l'Istituto ha già da tempo informatizzato i seguenti processi e attività:

- **Protocollo informatico:** da oltre 10 anni è attivo il Sistema di Protocollo Informatico per la gestione delle attività di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e conservazione dei documenti, nonché per la gestione dei flussi documentali e dei procedimenti dell'Istituto nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza.
- **Dematerializzazione:** la gestione dei documenti informatici prodotti dall'Istituto rappresenta un obiettivo strategico essendo stati già avviati processi di dematerializzazione in diversi ambiti di azione. In particolare, l'Istituto ha già implementato un sistema di firma digitale dei documenti informatici, di referti medici, di atti deliberativi e determinazioni dirigenziali, con conseguente archiviazione digitale, rispondendo ai dettami normativi e contestualmente alla riduzione della produzione cartacea e all'ottimizzazione degli spazi, migliorando al contempo la fruibilità e l'accessibilità dei documenti nel rispetto delle norme relative all'obbligo di conservazione.
- **Sistema automatico di rilevazione presenze e gestione del personale** Tutto il personale dell'Istituto sta utilizzando un programma per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie, riposi compensativi e omissioni di timbratura ecc.) in luogo della modulistica cartacea. Nel corso del 2018 la procedura è stata progressivamente estesa anche a permessi retribuiti di vario genere (L. 104, visite/terapie, lutto, matrimonio, partecipazione a concorsi ecc).

#### **44. Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio**

Tra le misure di prevenzione che ogni Pubblica Amministrazione dovrebbe adottare il PNA menziona:

- a) l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del DPR 445/2000 (artt. 71 e 72 del

DPR n. 445/2000);

- b) la razionalizzazione organizzativa dei controlli di cui al punto a) mediante potenziamento del servizio ispettivo dell'amministrazione (art. 1, c. 62, L. 662/1996) rispetto a tutte le verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 DPR 445/2000).

#### **45. Misure di prevenzione ulteriori di carattere specifico**

A seguito dell'attività di gestione del rischio come già descritta il RPCT ha individuato misure di prevenzione "ulteriori" a quelle prescritte dalla legge, connotate dalla specificità di riferirsi a particolari processi.

Si rimanda all'All. 3 per ogni dettaglio sulle misure di prevenzione da adottarsi, la tempistica di realizzazione, i soggetti preposti all'adozione nonché gli strumenti di verifica dell'adozione da parte del RPC.

#### **46. Attività di monitoraggio ulteriori**

Alle attività descritte nei paragrafi precedenti si aggiungono ulteriori azioni di monitoraggio che il RPC pone in essere al fine di verificare la corretta applicazione delle norme di legge e dei regolamenti in materia di anticorruzione, nonché il rispetto del PTPCT.

Il Responsabile dell'Ufficio Legale, esamina preliminarmente le proposte di delibera predisposte dagli Uffici da adottarsi da parte del Direttore Generale nell'ambito della piattaforma adweb, apponendo su ciascuna proposta apposito visto.

#### **47. Adozione, entrata in vigore, pubblicità ed aggiornamenti del PTPCT**

##### **Comunicazione, trasmissione e pubblicazione del PTPCT.**

Il Piano è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente". Ai dipendenti e ai collaboratori è data comunicazione della pubblicazione sulla rete.

##### **Entrata in vigore e validità**

Il PTPCT entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul sito web di Istituto ed ha validità triennale.

##### **Aggiornamenti ed integrazioni**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012 il PTPCT è aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno tenendo conto dei seguenti fattori:

- l'eventuale mutamento o integrazione della disciplina normativa in materia di prevenzione della corruzione, del PNA e delle disposizioni in materia penale;
- rischi emersi successivamente all'emanazione del PTPCT e, pertanto, non considerati in fase di predisposizione dello stesso;
- nuovi indirizzi o direttive emanate dall'A.N.A.C. o da altri organi competenti in merito.

Il RPCT provvederà, inoltre, a proporre al Direttore Generale la modifica del PTPCT anche prima della scadenza annuale suindicata qualora interventi normativi impongano correzioni o sia necessario apportare modifiche urgenti in ordine alle strategie o misure di prevenzione originariamente previste che, a seguito di mutamenti delle circostanze esterne o interne all'organizzazione risultino inadeguate o insufficienti.

L'aggiornamento del presente PTPCT avverrà con la stessa procedura seguita per la sua adozione.

Tutti i destinatari sono tenuti a prendere atto e ad osservare il presente PTPCT.

Per quanto non espressamente previsto nel presente PTPCT, si rinvia a tutte le disposizioni vigenti.



*Sezione 2^*

*Programma triennale per la trasparenza e l'integrità*

## **1. Introduzione: Organizzazione e funzioni dell'amministrazione**

### **Premessa**

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi.

Innanzitutto, il 28 novembre 2012 è entrata in vigore la legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, e ha imposto alle amministrazioni l'adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito, inoltre, una delega al governo ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di questa delega, il governo ha adottato il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 che ha complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e disciplinando, inoltre, le modalità per la loro realizzazione. La trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni con l'obiettivo di favorire un controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza assume la natura di livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m, della costituzione e il rispetto degli obblighi che da essa conseguono rappresenta un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione.

Il D.lgs. n. 33/2016 è stato modificato e integrato dal D. Lgs. 25.05.2016 n. 97.

L'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal d.lgs. 97/2016 ha introdotto, accanto all'accesso civico già disciplinato dal d.lgs. 33/2013, il diritto di chiunque di accedere a dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico;

L'art. 5 bis del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, relativo alle esclusioni e ai limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del medesimo decreto e, in particolare, l'art. 5 bis, comma 6, prevedono che, ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti l'Autorità nazionale anticorruzione, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del d.lgs. 281/1997, adotti linee guida recanti indicazioni operative.

Con deliberazione n. 1309 in data 28.12.2016 ANAC ha adottato le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgs. 33/2013 e con delibera n. 1310 ha adottato «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016»

Il presente documento rappresenta un aggiornamento del programma triennale 2016-2018 e riporta gli interventi e le azioni di miglioramento necessari per un progressivo miglioramento dell'informazione al cittadino e della trasparenza dell'azione amministrativa dell'Istituto.

### **Organizzazione e funzioni dell'amministrazione**

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dal nuovo atto aziendale approvato con deliberazione n. 267 del 03.11.2016.

La denominazione ufficiale dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano. Il Centro di

Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed è classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'Oncologia.

E' dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.14 del 10 agosto 2006 in attuazione del D.Lvo di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Interministeriale in data 31 Luglio 1990 e mantiene tuttora tale qualifica in forza del superamento delle periodiche visite di sorveglianza da parte del Ministero competente. E' un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si distingue per essere un'organizzazione sanitaria nella quale l'approccio alle malattie neoplastiche è caratterizzato da una completa integrazione tra ricerca, prevenzione e cura. Il malato è posto al centro di un tempestivo e coordinato intervento multidisciplinare, derivato dall'esperienza clinica coniugata con le più avanzate acquisizioni di ricerca, maturate in proprio ed a livello della comunità scientifica: tutto il percorso diagnostico terapeutico è improntato alla personalizzazione delle cure ed è caratterizzato da una forte connotazione di umanizzazione e di attenzione alle esigenze del paziente e dei suoi familiari.

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale di promuovere ed attuare la ricerca e la cura nell'ambito delle patologie oncologiche attraverso le attività di ricerca sperimentale e clinica, quelle clinico-assistenziali, organizzative e di supporto amministrativo secondo criteri di efficacia, efficienza, equità, rispetto dei diritti dei Cittadini e dei principi di Bioetica.

### **Attività Scientifica**

Il CRO svolge attività di ricerca nell'area dell'oncologia, sviluppando linee di ricerca concordate con il Ministero della Salute.

Tali linee corrispondono alle grandi aree che caratterizzano la ricerca clinica e traslazionale dell'Istituto e si distinguono anche per la particolare attenzione verso l'umanizzazione delle cure.

Il CRO, in coerenza con le caratteristiche e le finalità istituzionali, è altresì impegnato a sostenere la ricerca traslazionale e l'innovazione promosse dalla Regione Friuli Venezia Giulia, partecipando alle iniziative regionali e internazionali.

L'attività di produzione di conoscenze si coniuga all'attività di trasferimento e diffusione delle stesse secondo le modalità stabilite nei criteri di erogazione della Ricerca Corrente. Tali criteri vengono sviluppati dal CRO anche attraverso la partecipazione a consorzi e distretti tecnologici, finalizzati alla valorizzazione e trasferimento dei risultati nel contesto socio-economico e produttivo regionale.

### **Attività Clinico-assistenziale**

Il CRO eroga prestazioni sanitarie di alta qualificazione a pazienti affetti da patologie oncologiche; in questo contesto è impegnato nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici più adeguati a soddisfare in modo ottimale le esigenze clinico-assistenziali.

L'Istituto è stato inoltre individuato quale centro di riferimento interregionale per alcune malattie rare, quali Sindrome di Gardner, Sindrome di Peutz-Jeghers, Poliposi familiare, complicanze neoplastiche della malattia celiaca che necessitano per la loro complessità di essere monitorati da Centri con elevata esperienza nel trattamento di tali patologie e si occupa, pertanto, delle forme oncologiche su base ereditaria.

L'attività dell'Istituto è effettuata attraverso strutture organizzative che sono definite complesse o semplici sulla base di elementi caratterizzanti riferiti alla specifica attività effettuata, alla natura e quantità delle risorse umane, tecniche e tecnologiche attribuite. Le strutture complesse sono aggregate in dipartimenti sulla base della prevalenza delle attività caratteristiche, secondo criteri di omogeneità delle discipline, dei percorsi diagnostico-terapeutici e fra le categorie di personale in esse impegnato. Le strutture semplici possono essere interne alle strutture operative complesse o afferire direttamente al dipartimento, nel qual caso si qualificano come dipartimentali. Le strutture operative che non sono aggregabili nei dipartimenti per carenza di affinità delle attività caratteristiche, o che sono prevalentemente orientate alla standardizzazione ed organizzazione di attività e processi sia nel settore assistenziale che scientifico, sono aggregate nelle direzioni sanitaria, amministrativa e scientifica.

Il modello operativo, al quale l'Istituto si ispira, è quello della programmazione negoziata attraverso lo

strumento di definizione degli obiettivi e verifica del raggiungimento degli stessi rappresentato dal processo di budget.

Il nuovo organigramma aziendale è quello rappresentato a pag. 10 e 11.

## 2. Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Il modello organizzativo aziendale è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- la lealtà di tutti i componenti dell'organizzazione verso la mission, i principi e gli obiettivi dell'Istituto e la collaborazione tra professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- la capacità di definire scelte terapeutiche focalizzate sui reali bisogni di salute del cittadino;
- l'assunzione di responsabilità e l'autonomia della dirigenza e dei vari livelli operativi, al fine di valorizzare tutte le competenze e le risorse professionali disponibili per le finalità scientifiche, clinico-assistenziali e formative dell'Istituto;
- lo sviluppo professionale e personale dei dipendenti attraverso la formazione continua per poter sapere, comunicare ed agire con appropriatezza, efficacia e competenza;
- modelli di miglioramento continuo verso l'eccellenza per sviluppare le competenze, l'utilizzo della tecnologia e l'integrazione dei percorsi sanitari in coerenza con l'evoluzione dei bisogni e delle reali esigenze dei Cittadini interessati;
- la trasparenza e l'imparzialità nell'attività clinica, di ricerca ed in quella amministrativa;
- la valutazione e il costante monitoraggio della compatibilità ambientale delle attività e di eventuali nuove progettazioni, nonché la promozione di iniziative per la tutela ambientale.

Obiettivo del presente programma è quello di consentire ai cittadini un'effettiva conoscenza dell'attività svolta e di favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere ed eliminare ipotesi di cattiva gestione.

Nel corso dei precedenti programmi, l'esigenza prioritaria è stata quella di adempiere progressivamente a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto in un'ottica di miglioramento continuo anche alla luce delle risultanze dei monitoraggi periodici: tali obblighi possono considerarsi in gran parte assolti. Nel corso del 2015 è stato completamente revisionato il sito web dell'Istituto tramite l'adozione di un più moderno software CMS che ha semplificato l'aggiornamento dei flussi informativi compresi quelli di amministrazione trasparente. Il personale è stato formato alla gestione dei flussi informativi della nuova sezione di amministrazione trasparente ed è stato garantito il trasferimento delle informazioni già pubblicate al nuovo sito.

L'Istituto ha adottato un sistema decentrato e diffuso di pubblicazione e aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", in relazione alle funzioni delle singole strutture.

In merito si è provveduto a recepire la nuova "**Mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione**" allegata alle Prime Linee Guida del 28.12.2016 che sostituisce quella allegata alla delibera CIVIT n.50/2013 – contenente le integrazioni ed i nuovi adempimenti conseguenti all'entrata in vigore del D.Lgs. 97/2016.

Conformemente a quanto previsto da ANAC, continuano a rimanere pubblicati i dati non più oggetto di pubblicazione fino alla scadenza naturale dell'obbligo.

Relativamente alla tabella contenente l'"Elenco degli obblighi di pubblicazione", per ogni singolo adempimento sono indicati:

- la struttura competente alla elaborazione, produzione e pubblicazione dei dati.
- la tempistica di pubblicazione e aggiornamento dei dati
- le modalità di effettuazione del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi
- i dati non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Ente

Eventuali modifiche potranno essere predisposte nel corso dell'anno a seguito di rilevanti variazioni organizzative o funzionali, anche in relazione a specifiche attività svolte, a dati o informazioni determinati.

### 3. Collegamento con il Piano della performance

Gli obiettivi indicati nel programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa definita nel piano della performance costituito dai documenti “programma annuale” e “schede di budget”.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un’area strategica di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Il presente programma intende far fronte alla necessità di una maggiore integrazione tra performance e trasparenza per quanto riguarda sia la pubblicazione delle informazioni prodotte dal ciclo di gestione della performance (programmazione aziendale e percorso di budget) che la esplicita previsione nelle schede di budget di specifici obiettivi in tema di trasparenza.

Le schede di budget per l’anno 2017 prevederanno, in continuità con quanto già previsto negli anni precedenti, un’apposita sezione dedicata agli obiettivi a carico dei responsabili dei vari uffici finalizzati agli adempimenti previsti con il presente programma, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

Assumono, pertanto, rilievo, quali obiettivi per la struttura ed i relativi dirigenti interessati, quelli riportati nella tabella che segue:

<b>OBIETTIVI 2017-2019</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Aggiornamento mappatura degli obblighi di pubblicità e delle strutture responsabili dell’aggiornamento dei dati in relazione al d.lgs.97/2016	Adozione griglia che puntualizzi i contenuti in cui si sostanziano gli obblighi di pubblicazione, con indicazione della tempistica e individuazione della struttura competente/responsabile della produzione e pubblicazione	Sviluppo e aggiornamento griglia	Sviluppo e aggiornamento griglia
Monitoraggio interno/esterno e finalizzato a verificare il rispetto degli obblighi in materia di trasparenza	Effettuazione controlli periodici (entro 31/5, 30/9) al fine di accertare l’adempimento degli obblighi con riferimento al trimestre precedente e successiva validazione OIV - pubblicazione degli esiti nell’apposita sezione del sito	Messa a regime del monitoraggio con eventuali correttivi	Messa a regime del monitoraggio con eventuali correttivi
Incontro formativo rivolto al personale dell’Ente per apprendimento delle modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni all’interno delle varie sottosezioni di Amministrazione Trasparente	Realizzazione di un incontro formativo con il gestore del sito	Verifica fabbisogni formativi	Verifica fabbisogni formativi
Formazione in tema di trasparenza	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato

Rendicontazione sullo stato di attuazione del programma triennale della trasparenza	Produzione di una relazione concernente l'anno 2017 e pubblicazione entro il 31.1.2018 sul sito aziendale previa validazione OIV	Produzione di una relazione concernente l'anno 2018 e pubblicazione entro il 31.1.2019 sul sito aziendale	Produzione di una relazione concernente l'anno 2019 e pubblicazione entro il 31.1.2020 sul sito aziendale
---	--	---	---

#### **4. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del programma**

Il processo di formazione e di attuazione del programma si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (individuazione dei contenuti, redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del programma), in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Al processo di formazione e adozione del programma concorrono sia soggetti interni che soggetti esterni:

- la direzione strategica che avvia il processo e indirizza le attività volte all'elaborazione e all'aggiornamento del programma;
- il RPCT, che ha il compito di controllare il procedimento di elaborazione e di aggiornamento del programma: a tal fine promuove e cura il coinvolgimento delle strutture interne dell'amministrazione, cui compete la responsabilità dell'individuazione dei contenuti del programma
- i dirigenti responsabili degli uffici amministrativi, della direzione scientifica, del centro attività formative e dell'U.R.P. che hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del programma per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative finalizzate a garantire un adeguato livello di trasparenza e a promuovere la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità
- gli stakeholder che in ragione della mission dell'Istituto vengono individuati nelle associazioni di volontariato attive in Istituto
- l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP) che ha il compito di verificare l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità.

#### **5. Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento**

In generale l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è l'unità organizzativa che si occupa della gestione dei rapporti con i cittadini sia per fornire informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie sia per ricevere segnalazioni da parte degli utenti su eventuali disservizi.

A questa modalità generale di coinvolgimento degli stakeholder se ne aggiungono però altre più specificamente dirette ad una migliore individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza, sia nella fase di predisposizione del programma che in quella della sua attuazione.

Per quanto riguarda la fase di definizione, l'azienda ha pubblicato sul proprio sito istituzionale un avviso per la consultazione per l'adozione del piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017-2019 al fine di acquisire, per l'aggiornamento del programma stesso, le eventuali osservazioni ritenute utili per rendere più efficienti e partecipate le attività di trasparenza all'interno dell'Istituto.

Altri due canali di comunicazione a disposizione dell'utente sono rappresentati:

- questionario on-line sul gradimento della sezione amministrazione trasparente;
- casella di posta elettronica trasparenza@cro.it dedicata a raccogliere i suggerimenti, i feedback relativi alla qualità delle informazioni pubblicate.

## 6. I termini e le modalità di adozione del programma da parte degli organi di vertice

Il presente programma, valido per il triennio 2017-2019, è adottato in ottemperanza alla normativa vigente e alle linee di indirizzo elaborate dall'A.N.AC. presenti nei seguenti documenti:

- Determinazione n. 12 del 28/10/2015: Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.
- Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016: Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.
- Determinazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016: Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 D. Lgs. 33/2013.
- Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

## 7. Iniziative di comunicazione della trasparenza

In considerazione delle indicazioni elaborate dalla A.N.AC. è vengono previste iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati.

## 8. Le iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati

L'art.15, comma 5, del D.P.R. 62/2013 stabilisce che al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.

Durante gli anni precedenti sono state organizzate diverse sessioni di incontri formativi obbligatori in materia di trasparenza, anticorruzione e codice di comportamento e tali attività proseguiranno anche nel triennio 2017-2019.

## 9. Processo di attuazione del programma

### 9.1 Individuazione dei dirigenti responsabili della produzione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

Elemento centrale della trasparenza è rappresentato dalla pubblicazione nel sito istituzionale dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Istituto, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere al sito direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione (ex art. 2 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.).

La normativa individua quattro tipologie di obblighi:

1. Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni
2. Obblighi di pubblicazione concernenti l'uso delle risorse pubbliche
3. Obblighi di pubblicazione concernenti le prestazioni offerte e i servizi erogati
4. Obblighi di pubblicazione in settori speciali.

In considerazione dell'interdisciplinarietà degli adempimenti viene definita una "rete per la trasparenza" che attualmente è formata dalle seguenti figure professionali:

Struttura Operativa/Ufficio/Direzione	Componenti
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie - Ufficio bilancio	Dott.ssa Cattaruzza Raffaella

SOSD Controllo di gestione -	Dott.ssa Andreetta Cristina
SOC Legale Affari generali e Gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e legali	
SOC - Legale Affari generali e Gestione Risorse Umane SOSI Gestione del Personale	Dott. Massimo Zanelli Dott.ssa Claudia Moscarda
SOC Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche	Ing. Dimitri Troncon
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	
Direzione Scientifica	Dott.ssa Silvia Franceschi f.f.
Direzione Scientifica - Centro Attività Formative	Dott.ssa Suter Nicoletta
Direzione Generale – Ufficio Relazioni con il Pubblico	Sig.ra Paola Pistello – Massimo Boni

Nell'allegato 10 è riportata, per ogni obbligo di pubblicazione, la struttura responsabile della produzione e pubblicazione dei dati/informazioni.

## 9.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

La regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai fini della loro pubblicazione è garantita dai responsabili della pubblicazione individuati al paragrafo 9.1. I singoli dirigenti individuati assumono, per la parte di propria competenza, il ruolo di referenti aziendali per la trasparenza ed in quanto tali sono responsabili della produzione, della qualità e dell'aggiornamento dell'informazioni/dati ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla normativa vigente. Ogni dirigente, per la parte di propria competenza, provvede direttamente alla produzione, alla pubblicazione, all'aggiornamento e informa tempestivamente via mail il RPCT dell'avvenuta pubblicazione allegando il file pubblicato. Lo stesso può comunque avvalersi della collaborazione di altre figure professionali assegnate alla propria struttura/ufficio/direzione, comunicandone i nominativi al RPCT.

### Modalità di pubblicazione dei dati

L'art. 6 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che "le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'art. 7".

Nella prospettiva di raggiungere un appropriato livello di trasparenza e consentire la reale fruibilità dei dati, informazioni e documenti, la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire nel rispetto dei criteri generali di seguito evidenziati:

- completezza e accuratezza:** i dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni
- comprensibili:** il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente
- aggiornati:** per ogni dato devono essere indicati la data di pubblicazione e di aggiornamento e il periodo di tempo a cui si riferisce.

Il Decreto Legislativo 33 ha individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

- **cadenza annuale:** per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale.
- **cadenza semestrale:** per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate.
- **cadenza trimestrale** per i dati soggetti a frequenti cambiamenti.
- **aggiornamento " tempestivo"** per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.



Per le tempistiche di aggiornamento per ciascuno degli obblighi di pubblicazione si rinvia all'Allegato 10

La pubblicazione on line dei dati sarà effettuata nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e in coerenza con quanto riportato nel documento "Linee guida siti web" e nelle linee guida dell'A.N.AC..

### **Durata della pubblicazione**

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi della normativa vigente, andranno pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti. Tuttavia, sono fatti salvi i diversi termini previsti dall'art. 14, c. 2, e dall'art. 15, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013 in relazione ai dati concernenti i titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo o di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza, da pubblicare entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento e per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico.

Di seguito si riporta il piano delle attività previste per il triennio:

### **Piano delle attività anno 2017:**

- aggiornamento del programma entro 31 gennaio
- aggiornamento continuo della sezione di amministrazione trasparente e delle relative sotto-sezioni, avendo cura di raccogliere i dati/informazioni con criteri di omogeneità consentendone così l'immediata individuazione e consultazione (Allegato 10)
- pubblicazione di documenti, informazioni ritenuti di interesse per stakeholder e cittadini, oltre gli obblighi di legge, ampliando la sotto-sezione altri contenuti
- proseguimento delle iniziative formative sul tema anticorruzione, trasparenza ed etica nella pubblica amministrazione
- monitoraggio dell'utilizzo del questionario di soddisfazione sulla sezione "amministrazione trasparente"
- monitoraggio del numero di accessi di "Amministrazione Trasparente" tramite software Insiel.
- monitoraggio semestrale sull'attuazione del programma.

### **Piano delle attività anno 2018-2019:**

- aggiornamento del programma entro 31.01 di ogni anno
- prosecuzione nell'aggiornamento dei dati secondo la tempistica stabilita dalla normativa
- pubblicazione di eventuali ulteriori dati/informazioni richiesti dagli stakeholder

## **9.3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza**

Il monitoraggio e l'audit sull'attuazione del programma sono svolti da soggetti interni all'amministrazione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP).

§ Secondo quanto previsto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, all'interno di ogni amministrazione il RPCT svolge di norma le funzioni di Responsabile per la trasparenza. Il responsabile svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

§ I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

§I dirigenti responsabili dell'amministrazione e il RPCT controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

§In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

§ L'organismo indipendente di valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

#### **9.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "amministrazione trasparente"**

L'azienda, al fine di valutare l'effettiva fruizione dei dati da parte del cittadino, intende adottare strumenti di rilevazione quantitativa sugli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" mediante la rilevazione semestrale delle pagine web consultate dai cittadini. Questa analisi sarà importante perché consentirà di individuare le aree da migliorare in tutti gli aspetti legati alla trasparenza.

#### **9.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico**

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis.

L'esercizio del diritto di accesso non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal *decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82*, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;
- d) al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto n.33/2013.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

## **10. Dati ulteriori**

Ai sensi dell'art.4, c. 3, del D.lgs n.33/2013 e nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali, l'Istituto potrà prevedere la pubblicazione di ulteriori dati che siano utili a garantire un elevato livello di trasparenza sempre nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.

## ALL. 1 MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE

MISURA OBBLIGATORIA PER LEGGE	ATTIVITÀ	TEMPERISTICA	SOGETTO RESPONSABILE PER L'ADOZIONE
TRASPARENZA	Approvazione del Programma Triennale di Integrità e Trasparenza.	Entro il 31 gennaio di ogni anno	RPCT
	Aggiornamento periodico di dati e delle informazioni da pubblicare ex D. Lgs. 33/2013.	Per tutto il triennio di vigenza del P.T.P.C.	RPCT
CODICE DI COMPORTAMENTO	Organizzazione di eventi formativi periodici volti all'approfondimento dei contenuti del Codice.	Per tutto il triennio di vigenza del P.T.P.C.	R.P.C.T. in collaborazione con Ufficio del Personale e CAF
	Scheda di relazione illustrativa delle attività preventive della corruzione	Ogni semestre	Responsabili di struttura/ufficio

**ALL. I MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE**

MISURA OBBLIGATORIA PER LEGGE	AFFINITA	TEMPORALITÀ	SOGETTO RESPONSABILE PER L'ADOZIONE
	Organizzazione di corsi di formazione ai dipendenti, anche in coerenza con eventuali interventi legislativi, e nei confronti del personale di nuova assunzione.	Per tutto il periodo di vigenza del P.T.P.C.	RPCT in collaborazione con Ufficio Personale e CAF
	Trasmissione al R.P.C. di un report in cui siano evidenziate le dichiarazioni da cui emergano situazioni di conflitto di interessi e le relative decisioni assunte.	Entro il 31 dicembre di ogni anno.	Tutti i Responsabili Struttura/Uffici
<b>OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI</b>	Acquisizione, all'atto dell'autorizzazione del dipendente allo svolgimento di incarichi di collaborazione con soggetti privati, della dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di conflitto di interessi, cause di incompatibilità inconferibilità	Per tutto il triennio di vigenza del P.T.P.C.	Ufficio Personale
	Acquisizione, all'atto dell'affidamento di incarichi dirigenziali, della dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di conflitto di interessi, cause di incompatibilità inconferibilità.	Per tutto il triennio di vigenza del P.T.P.C.	Ufficio Personale

## ALL. 1 MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE

MISURA OBBLIGATORIA PER LEGGE	ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGETTO RESPONSABILE PER L'ADOZIONE
INCONFERIBILITÀ DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E INCARICHI AMMINISTRATIVI DI VERTICE	Verifica della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione acquisite tramite acquisizione certificati carichi pendenti o cassellario giudiziario	Per tutto il periodo di vigenza del presente P.T.P.C.	Ufficio Personale
INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI E INCARICHI AMMINISTRATIVI DI VERTICE	Acquisizione delle dichiarazioni annuali ex art. 20 D. Lgs. 39/2013 e relativa pubblicazione nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale. Monitoraggi per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Per tutto il periodo di vigenza del presente P.T.P.C.	Ufficio Personale
ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	Acquisizione dichiarazioni	Immediata	Tutti i Responsabili Struttura/Ufficio
FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.	Attuazione degli adempimenti	Immediata. Per tutto il periodo di vigenza del presente P.T.P.C.	Ufficio Personale Direzione Scientifica
FORMAZIONE DEL PERSONALE	Predisposizione annuale del programma formativo in materia di prevenzione corruzione	Per tutto il periodo di vigenza del presente P.T.P.C.	R.P.C.T e CAF
	Organizzazione di corsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità per tutto il personale anche alla luce di nuovi interventi legislativi, nonché organizzazione di incontri su temi specifici, anche in base alle esigenze segnalate dai Referenti nell'attività di monitoraggio.	Si rinvia al Programma formativo	R.P.C.T Ufficio Personale CAF

**ALL. I MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE**

MISURA OBBLIGATORIA PER LEGGE	ATTIVITÀ	TEMPORANEA	SOGETTO RESPONSABILE PER L'ADOZIONE
AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	Aggiornamento pagina web denominata "Prevenzione della Corruzione".	Per tutto il periodo di vigenza del presente P.T.P.C.	R.P.C.T.
MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI	Riduzione report annuale sul rispetto dei tempi procedurali.	Entro il 31 dicembre	Tutti i Responsabili Struttura/ Uffici
MONITORAGGIO RAPPORTI AMMINISTRAZIONE/SOGGETTI ESTERNI	Emanazione di una direttiva per l'attuazione del monitoraggio.	Entro il 2018	R.P.C.T.

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 1 - Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO		PROCEDURE SELETTIVE PER L'ASSUNZIONE DEL PERSONALE DEI 4 RUOLI SIA DIRIGENTE CHE DEL COMPARTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		Area del Personale/Direzione Scientifica			
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b>	
Elaborazione di bandi di concorso non conformi	Redazione dei bandi nel rispetto delle norme previste in materia, evitando la previsione di requisiti di accesso connotati da spiccata specificità e/o di prove che abbiano contenuto troppo settoriale, tali da determinare discriminazioni nella partecipazione e favoritismi nei confronti di potenziali concorrenti.	Immediata fase redazione bandi	Responsabile Ufficio del Personale Direzione Scientifica	Controlli a campione dei bandi emanati	
Requisiti di accesso "personalizzati" che pregiudicano e limitano l'accesso alla procedura concorsuale.	Rispetto delle norme in materia di conflitto di interessi mediante verifica dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità tra i componenti della commissione ed i candidati mediante acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni.	Immediata al momento della conoscenza della lista dei candidati	Responsabile Ufficio Personale Ufficio del Personale e Direzione Scientifica	Acquisizione del report predisposto responsabile per l'adozione della misura delle dichiarazioni acquisite.	
Inregolarità nella composizione della commissione di concorso. Costituzioni di commissioni "mirate".	Valutazione discrezionale o non conforme ai criteri definiti dei candidati. Pressioni esterne per influenzare la valutazione. Divulgazione di informazioni e/o anticipazione di informazioni relative agli argomenti delle prove/test. Manipolazione dei risultati. Inosservanza delle regole procedurali poste a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, ad esempio la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione				

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 1 - Acquisizione e progressione del personale

<p><b>RISCHI</b></p>	<p><b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b></p>	<p><b>TEMPISTICA</b></p>	<p><b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b></p>	<p><b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b></p>
<p>Inadeguatezza degli strumenti di conservazione della documentazione e delle prove con conseguente rischio di manomissioni e alterazioni.</p>	<p>Verifica della corretta conservazione della documentazione</p>	<p>Immediata in occasione di ciascuna procedura avviata</p>	<p>Responsabile Ufficio Personale Direzione Scientifica</p>	<p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p>



## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 1 - Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO		PROCEDURE SELETTIVE PER PROGRESSIONI DI CARRIERA			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		Ufficio del Personale			
RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.	
<p>Elaborazione di bandi non conformi alla normativa vigente.</p> <p>Requisiti di accesso "personalizzati".</p> <p>Irregolarità nella composizione della commissione di concorso.</p> <p>Inosservanza delle regole procedurali poste a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della valutazione, quali, ad esempio la predeterminazione dei criteri di valutazione e conseguente valutazione discrezionale dei candidati.</p> <p>Manipolazione dei risultati.</p> <p>Pressioni esterne per influenzare la valutazione.</p> <p>Mancato controllo sugli atti e mancata verifica sulla veridicità delle autocertificazioni.</p> <p>Accettazione delle domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentare fuori termine.</p> <p>Inadeguatezza degli strumenti di conservazione della documentazione e delle prove con conseguente rischio di manomissioni e alterazioni.</p>	<p>Verifica della correttezza e imparzialità dell'operato mediante controlli a campione</p>	<p>Prima conclusione della procedura</p>	<p>Responsabile Personale</p> <p>Area del</p>	<p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura</p>	

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 1 - Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO		PROCEDURE SELETTIVE PER CONFERIMENTO INCARICHI A ESPERTI ESTERNI			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		UFFICIO AFFARI GENERALI			
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.</b>	
Elaborazione di bandi di concorso non conformi alle previsioni della normativa in materia. Requisiti di accesso "personalizzati" che pregiudicano e limitano l'accesso alla procedura concorsuale.	Predisposizione di bandi di selezione nel rispetto delle norme previste nella normativa in materia, evitando la previsione di requisiti di accesso connotati da spiccata specificità o eccessiva genericità tali da determinare discriminazioni nella partecipazione e favoritismi nei confronti di potenziali concorrenti.	Immediata fase di redazione del bando	Responsabile Ufficio Affari Generali	Controlli periodici dei bandi emanati.	
Ammissione delle domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine. Trasmissione alle commissioni di dati non veritieri. Indizione di procedure per attribuzione di incarichi /consulenze non supportate da reale necessità. Mancanza di controlli sull'attività svolta con rischio di erogazione di compensi a fronte di prestazioni non eseguite.	Verifica della correttezza e imparzialità dell'operato mediante controlli preventivi e successivi al fine di prevenire manipolazione di dati e documenti.  Pubblicazione sul sito web istituzionale degli atti	Prima conclusione della procedura della	Responsabile Ufficio Affari Generali	Controlli sulla pubblicazione.	
Mancata pubblicità dei bandi per ridurre la partecipazione.	Pubblicazione del bando nel sito istituzionale di Istituto	Immediata fase di avvio della procedura	Responsabile Area del Personale	Controlli sull'adeguatezza pubblicizzazione dei bandi.	

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

Area 2 - Affidamento di lavori, servizi e forniture

PROCESSO		GARE PER APPALTI DI SERVIZI E FORNITURE: SCELTA DELLA PROCEDURA (APERTA, RISTRETTA, NEGOZIATA)			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche SOC Approvvigionamenti Economato e Logistica			

RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.
Abuso della procedura negoziata.	Indicazione nella determinazione a contrarre di maggiori dettagli in ordine alla motivazione posta alla base della procedura scelta.	Immediata in occasione di ciascuna gara.	Responsabile SOC	Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.
Influenze illecite da parte di potenziali operatori economici volte a pilotare le decisioni dei commissari di gara.	Nomina della commissione di gara a ridosso della prima seduta.	attuato	Responsabile SOC	Controlli periodici sulla documentazione pubblicata.

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 2 - Affidamento di lavori, servizi e forniture

RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.
<p>Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Predisposizione di un bando "mirato".</p>	<p>Controllo a campione della procedura con particolare riferimento alle motivazioni indicate dal responsabile del procedimento in ordine alla scelta dell'affidatario (in caso di affidamento diretto).</p> <p>Consultazione delle convenzioni MEPA assicurando la rotazione dei fornitori (in caso di affidamento diretto).</p>	<p>Immediata</p> <p>Immediata</p>	<p>Responsabile SOC</p> <p>Responsabile SOC</p>	<p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p> <p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p>

## ALL 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 2 - Affidamento di lavori, servizi e forniture

PROCESSO		PROCEDURE IN ECONOMIA			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche SOC Approvigionamenti Economato e Logistica			
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.</b>	
	Discrezionalità nella scelta del fornitore (per le procedure per le quali viene adottata determina a contrarre	Predisposizione di un verbale che motivi la scelta dell'invio delle lettere in deroga al criterio di rotazione.	attuata	Responsabile SOC	Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.
Mancauto rispetto del principio di rotazione, trasparenza e parità di trattamento nella scelta dei fornitori da invitare.	Rivisitazione del Regolamento interno al fine di: - prescrivere l'obbligo di motivazione della scelta effettuata in modo da rendere trasparente la scelta del fornitore non risultato primo dell'elenco (acquisti mercato elettronico); - estendere l'ambito di applicazione anche al settore dei lavori.	attuata	Responsabile SOC	Acquisizione del report sullo stato dei lavori di rivisitazione del Regolamento.	

## ALL 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 2 - Affidamento di lavori, servizi e forniture

RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.
Frazionamento dell'importo al fine di eludere la procedura di gara favorendo l'acquisizione del bene/servizio in economia.	Formazione specifica ai responsabili dei progetti di ricerca finalizzata.	Entro il 2018	Responsabile SOC Approvvigionamenti Direzione Scientifica	Verifica della avvenuta formazione
Mancato o non fedele controllo dell'esecuzione e della verifica di conformità della prestazione eseguita (controllo degli adempimenti contrattuali sotto il profilo amministrativo e tecnico).	Indicazione, ove possibile, nel capitolato dei criteri per il monitoraggio dell'esatta esecuzione ponendo a carico del fornitore l'invio di report periodici su cui la struttura effettuerà controlli a campione. Rafforzamento del controllo sulla regolare esecuzione dei contratti.	In essere In essere	Responsabile SOC Approvvigionamenti Responsabile SOC Approvvigionamenti	Acquisizione del report predisposto da ciascun responsabile per l'adozione della misura sui controlli effettuati. Acquisizione del report predisposto da ciascun responsabile per l'adozione della misura sui controlli effettuati.

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

Area 2 - Affidamento di lavori, servizi e forniture

PROCESSO		GARE PER APPALTI DI LAVORI: SCELTA DEL CONTRAENTE E CONTROLLI SULLA REGOLARE ESECUZIONE			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche			
RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T	
Bando di gara/lettera di invito "mirari".	Predisposizione nel bando o lettere di invito di criteri idonei a garantire la valutazione delle offerte in ossequio ai principi di imparzialità, economicità, concorrenza e trasparenza.	Immediata in occasione di ogni procedura di gara bandita con offerta economicamente più vantaggiosa	Responsabile SOC	Acquisizione predisposto dal responsabile per l'adozione della misura sulle dichiarazioni acquisite.	
Abuso nell'approvazione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire ulteriori guadagni.	Motivazione dettagliata a fondamento della necessità delle varianti.	Immediata all'atto dell'approvazione della variante	Responsabile SOC	Acquisizione predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.	

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

Area 4 - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

PROCESSO		ASSEGNAZIONE DI BORSE DI STUDIO E CONTRATTI A PERSONALE ESTERNO			
SIRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		DIREZIONE SCIENTIFICA E AMMINISTRATIVA			
<b>RISCHI</b>	Elaborazione di bandi di concorso non conformi alle previsioni della normativa in materia o al regolamento interno vigente  Requisiti di accesso "personalizzati" che pregiudicano e limitano l'accesso alla procedura concorsuale	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b>
	Mancauta pubblicità dei bandi per ridurre la partecipazione.	Pubblicazione del bando nel sito istituzionale di Istituto	Immediata in fase di avvio della procedura	Responsabile Area del Personale	Controlli sull'adeguata pubblicizzazione dei bandi.
	Inidoneità dei mezzi di conservazione presso la Direzione Scientifica della documentazione prodotta e possibilità di omissioni e anomalie che mettono a rischio la par condicio dei concorrenti	Verifica della presenza nel plico di tutta la documentazione inviata dai candidati mediante controllo del modello "elenco documentazione" necessariamente presente nella domanda. (documentazione proveniente da Ufficio Protocollo)	Immediata in fase di ricevimento domanda	Direttore Scientifico	Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura delle dichiarazioni acquisite
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irregolarità nella composizione delle commissioni rispetto a quanto previsto dalla normativa.</li> <li>- Costituzioni di commissioni "mirare".</li> <li>- Inosservanza delle procedure poste a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, ad esempio, la mancata predeterminazione dei criteri di valutazione</li> <li>- Valutazione discrezionale dei candidati o non conforme ai criteri definiti</li> <li>- Pressioni esterne per influenzare le valutazioni</li> <li>- Manipolazione dei risultati</li> </ul>	<p>Rispetto delle norme in materia di conflitto di interessi dei componenti della commissione mediante verifica dell'insussistenza delle situazioni di incompatibilità tra i componenti ed i candidati mediante acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni</p> <p>Adozione di meccanismi di rotazione nell'individuazione dei componenti delle commissioni di valutazione</p>	Immediata al momento della conoscenza della lista dei candidati	Direttore Scientifico	Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura delle dichiarazioni acquisite



RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE	TEMPISTICA	RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA	MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T
<p>Iregolarità nella valutazione della documentazione presentata.</p> <p>Ammissione alla selezione in presenza di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine.</p> <p>Trasmissione alle commissioni di dati non veritieri.</p>	<p>Verifica della correttezza e imparzialità dell'operato mediante controlli a campione al fine di prevenire la manipolazione di dati e documenti fatto dalle Commissioni individuate ad hoc.</p>	<p>All'insediamento delle Commissioni e a conclusione lavori delle commissioni, prima della conclusione del procedimento</p>	<p>Direttore Scientifico</p>	<p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p>
<p>Scelta dei criteri di valutazione ad hoc per favorire alcuni candidati.</p>	<p>Definizione, già nei bandi, delle modalità di selezione e dei criteri di valutazione per l'assegnazione delle borse-contratti.</p>	<p>Immediata</p>	<p>Direttore Scientifico</p>	<p>Controllo della presenza nei bandi delle modalità e criteri di selezione prima della pubblicazione all'Albo</p>
	<p>Verifica dell'assenza di situazioni di conflitto di interesse tra componenti delle commissioni e partecipanti alla procedura mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva</p>	<p>Immediata</p>	<p>Direttore Scientifico</p>	<p>Acquisizione del report periodico predisposto dal responsabile dell'adozione della misura</p>

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 5 - Attività tipiche dell'Istituto

PROCESSO	LIQUIDAZIONE DEGLI STIPENDI AL PERSONALE			
	Ufficio del Personale/Bilancio			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO				
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b>
<p>Pagamenti a fronte di processi autorizzativi non conformi.</p> <p>Pagamenti a favore di beneficiari non aventi diritto.</p> <p>Pagamenti di importi maggiori del dovuto.</p> <p>Quantificazione maggiore della spesa del personale per rendicontazione progetti.</p> <p>Versamenti di importi trattenuti sulle retribuzioni a enti diversi da quelli previsti dalla normativa.</p> <p>Falsa dichiarazione salariale per ottenere la concessione di prestiti finanziari.</p>	<p>Verifica a campione cedolini stipendio dipendenti (n. 1 al mese)</p>	<p>annuo</p>	<p>Responsabile Ufficio del Personale e Ufficio Bilancio</p>	<p>Acquisizione del report delle verifiche effettuate dal responsabile per l'adozione delle misure.</p>

## ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

### Area 5 - Attività tipiche dell'Istituto

PROCESSO		PAGAMENTI A IMPRESE APPALTATRICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO		Ufficio Bilancio			
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b>	
<p>Omissione di controllo sulle procedure in essere.</p> <p>Mancato controllo sul rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente per l'esecuzione del contratto.</p> <p>Pagamento effettuato senza il preventivo controllo sulla regolarità contributiva dell'impresa aggiudicataria o senza aver effettuato la verifica presso Equitalia nei casi previsti dalla disciplina normativa vigente.</p>	<p>Rafforzamento dei controlli in fase di liquidazione e pagamento mediante la compartecipazione di più unità di personale.</p> <p>Controlli sulla regolarità della documentazione amministrativa - contabile trasmessa dagli uffici al fine del pagamento.</p>	Immediata	Responsabile Bilancio	<p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p> <p>Acquisizione del report predisposto dal responsabile per l'adozione della misura.</p>	
<p>Pagamento in assenza di preventivo collaudo o in assenza di certificazione di collaudo o attestazione di regolare esecuzione della fornitura di attrezzature inventariate e lavori.</p>		Immediata	Responsabile Bilancio		

**ALL. 2 MISURE DI PREVENZIONE  
ULTERIORI Area 5 - Attività tipiche  
dell'Istituto**

PROCESSO	RIMBORSO SPESE DI MISSIONI AL PERSONALE			
STRUTTURE INTERESSATE AL PROCESSO	Ufficio del Personale/Direzione Scientifica/Direzione Generale			
<b>RISCHI</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE DA ADOTTARE</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILE PER L'ADOZIONE DELLA MISURA</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DA PARTE DEL R.P.C.T</b>
Manipolazione della documentazione posta a giustificazione della spesa di cui si chiede il rimborso.	Intensificazione di controlli a campione sulla correttezza del procedimento.	immediata	Responsabile Ufficio personale e Direzione Scientifica/Generale	Acquisizione del report in merito al numero di dipendenti coinvolti nell'esame della documentazione ed ai criteri adottati dal responsabile per l'adozione della misura.
Liquidazione di spese non supportate da idonea documentazione.	Intensificazione di controlli a campione sulla correttezza del procedimento.	immediata	Responsabile Ufficio personale e Direzione Scientifica/Generale	Acquisizione del report predisposto dal Responsabile per l'adozione della misura.
Rimborso di spese non coerenti con la missione effettuata.	Controllo a campione del rispetto dei limiti e della congruità della spesa.	immediata	Responsabile Ufficio personale e Direzione Scientifica/Generale	Acquisizione del report predisposto dal Responsabile per l'adozione della misura.

SCHEDA DI RELAZIONE ILLUSTRATIVA DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Struttura/Ufficio .....  
Responsabile .....  
Anno .....

Il sottoscritto ..... In qualità di Referente del Responsabile della prevenzione della corruzione inoltra al Direttore Generale e al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza la presente relazione annuale illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione svolte nell'esercizio delle proprie funzioni, segnalando con specifico riferimento all'articolazione aziendale cui sono preposto:  
a) gli esiti dell'attività formativa per la prevenzione della corruzione condotta nell'anno di riferimento (comprensiva degli interventi integrativi/correttivi suggeriti, di ulteriori fabbisogni formativi, dell'eventuale personale nuovo da inserire nei programmi di formazione) come di seguito illustrati:

b) eventuali modifiche intervenute nelle attività a maggiore rischio, rispetto al Piano Triennale di Prevenzione della corruzione, o eventuali mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda tali da richiedere una modifica del Piano medesimo: .....

c) l'eventuale accertamento di significative violazioni delle prescrizioni del Piano tali da richiedere una modifica di quest'ultimo: .....

d) gli interventi organizzativi realizzati, in relazione alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nella attuazione e nel controllo delle decisioni: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

e) ulteriori informazioni ritenute utili per il pieno conseguimento delle finalità del Piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

Il Responsabile della struttura/ufficio

.....

Al Direttore della

E.p.c. Al Direttore.....

Oggetto: Richiesta astensione.

Il / la sottoscritto/a

nato/a in

il

residente a

in via

in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di

..... U.O.C. ...., U.O.S. .... con la posizione

funzionale di ..... , in ordine all'espletamento delle proprie attività

istituzionali relativamente a (1).....

..... comunica che nello svolgimento della predetta attività lavorativa sussiste l'obbligo di

astensione di cui:

al comma 2 all'art.6 del D.P.R. 16.04.2013 n.62

all'art.7 del D.P.R. 16.04.2013 n.62

all'art.14 del D.P.R. 16.04.2013 n.62,

in quanto (2).....

..... e pertanto chiede di astenersi.

\_\_\_\_\_  
Data,

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:  
La dichiarazione deve essere resa - con l'apposizione di una "X" per la fattispecie che ricorre.  
(1) Specificare l'attività da svolgere e la tipologia di procedimento.  
(2) Specificare la situazione di incompatibilità.

DATA

Struttura aziendale.....

Via .....

Telefono .....

FAX .....

c.p.c.

Al Responsabile Aziendale per la Prevenzione della  
Corruzione

**LOROSEDI**

Oggetto: Richiesta di astensione - decisione.

Con riferimento alla Sua richiesta di astensione del..... in ordine al procedimento  
relativo a ....., si comunica che:

la Sua richiesta è accolta in quanto, a parere di questo Ufficio, sussistono le motivazioni per  
l'astensione, e pertanto la S.V. è inviata a consegnare al sottoscritto tutta la documentazione  
relativa al procedimento di che trattasi per l'assegnazione ad altro dipendente.

la Sua richiesta non è accolta in quanto (1).....

IL DIRETTORE .....

(1) Specificare le motivazioni dell'accoglimento.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con la posizione funzionale di \_\_\_\_\_  
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è  
punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in  
materia di autocertificazioni di cui in intestazione, e relativamente a quanto disposto  
dal D.P.R. 16.04.2013 n.62 (Regolamento recante codice di comportamento dei  
dipendenti pubblici a norma dell'art.54 del D.Lgs. 30.03.2001 n.165).

1.1) Di non avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto  
rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo con soggetti  
privati/pubblici in qualunque modo retribuiti o a titolo gratuito.

1.2) *ovvero* di avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto  
rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo - nel rispetto  
della normativa vigente - con soggetti privati/pubblici in qualunque modo  
retribuiti o a titolo gratuito, che di seguito si elencano (specificare tipologia di  
rapporto, soggetto, compenso e durata):  
a) Rapporti lavorativi ad oggi in essere

b) Rapporti lavorativi intercorsi negli ultimi tre anni

1.2.1) Che con i soggetti di cui ai rapporti sopra meglio specificati il  
sottoscritto, i propri parenti e/o affini entro il secondo grado, il coniuge o il  
convivente hanno ancora rapporti finanziari (indicare con quali soggetti):

2) Che i rapporti di cui al punto 1.2) - nel rispetto della normativa vigente - sono intercorsi/  intercorrono con soggetti privati/pubblici che non abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto.

2.1) *Overo* che i predetti rapporti di cui al punto 1.2) - nel rispetto della normativa vigente -  sono intercorsi /  intercorrono con soggetti privati/pubblici che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto.

3) Che nello svolgimento della propria attività lavorativa non sussiste l'obbligo di astensione di cui al comma 2 all'art.6, art.7 e art.14 del D.P.R. 16.04.2013 n.62, e nel caso in cui sorga l'obbligo di astensione si impegna a comunicarlo per iscritto al proprio dirigente entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.

4) Di non avere titolarità o partecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge, in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.

4.1) *Overo* di avere le seguenti titolarità o partecipazioni in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale

5) Di non svolgere qualsiasi altra tipologia di attività - sia individuale che in forma societaria - non incompatibile con il rapporto di lavoro presso l'ASP Palermo,  5.1) *overo* di svolgere le seguenti attività sia individuale che in forma societaria:

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare entro 48 ore al proprio dirigente responsabile ogni variazione a quanto sopra dichiarato, le cause di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi rilevate dall'ASP Palermo.

\_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)  
\_\_\_\_\_ , 19 2013

**B) Disposizioni particolari per i dirigenti**

Il sottoscritto - sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni di cui in intestazione, e relativamente a quanto disposto dal D.P.R. 16.04.2013 n.62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art.54 del D.Lgs. 30.03.2001 n.165) - dichiara altresì:

B.1) Che non ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio.

B.1.1) Ovvero che ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio. Si riporta di seguito l'elenco con l'indicazione dei parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente con l'indicazione delle relative attività.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare entro 48 ore al proprio dirigente responsabile ogni variazione a quanto dichiarato, le cause di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi rilevate dall'ASP Palermo.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)

**Note per la compilazione:**

La dichiarazione deve essere resa - con l'apposizione di una "X" per tutte le fattispecie che riguardano il dipendente, il personale dirigente deve compilare anche le dichiarazioni di cui al punto B).

Allegare fotocopia documento di identità

Autorità nazionale anticorruzione  
Del. 28-4-2015 n. 6  
Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblowers), (Determina n. 6).  
Pubblicata nella Gazz. Uff. 14 maggio 2015, n. 110.

### Allegato 1A Schema della procedura proposta per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all'interno dell'Amministrazione

1. L'identità del segnalante verrà acquisita contestualmente alla segnalazione e gestita secondo le modalità indicate in delibera.
  2. Il segnalante invia una segnalazione compilando un modulo reso disponibile dall'amministrazione sul proprio sito istituzionale nella sezione «Amministrazione trasparente», sotto-sezione «Altri contenuti-Corruzione», nel quale sono specificate altresì le modalità di compilazione e di invio. Il modulo deve garantire la raccolta di tutti gli elementi utili alla ricostruzione del fatto e ad accertare la fondatezza di quanto segnalato (a tal fine, si veda il modulo disponibile nell'allegato 2 alla delibera). Resta fermo che la segnalazione potrà essere presentata anche con dichiarazioni diverse da quella prevista nel modulo, purché contenente gli elementi essenziali indicati in quest'ultimo. La segnalazione ricevuta da qualsiasi soggetto diverso dal Responsabile della prevenzione della corruzione deve essere tempestivamente inoltrata dal ricevente al Responsabile della prevenzione della corruzione.
  3. Nel caso in cui la segnalazione riguardi il Responsabile della prevenzione della Corruzione e/o un funzionario facente parte del gruppo di lavoro che effettua le istruttorie il dipendente potrà inviare la propria segnalazione all'ANAC nelle modalità definite nel paragrafo 4.2 del testo della delibera;
  4. Il Responsabile della prevenzione della corruzione, eventualmente con il componente designato del gruppo di lavoro, sulla base di una valutazione del fatto componente designato del gruppo di lavoro, sulla base di una valutazione del fatto componente designato del gruppo di lavoro, può decidere, in caso di evidente e manifesta infondatezza, di archiviare la segnalazione. In caso contrario, valuta a chi inoltrare la segnalazione in relazione ai profili di rilevanza riscontrati tra i seguenti soggetti: dirigente della struttura cui è assegnabile il fatto; Ufficio Procedimenti Disciplinari; Autorità giudiziaria; Corte dei conti; ANAC; Dipartimento della funzione pubblica. La valutazione del Responsabile della prevenzione della corruzione dovrà concludersi entro termini fissati nell'apposito atto organizzativo;
  5. I dati e i documenti oggetto della segnalazione vengono conservati a norma di legge;
  6. nell'atto organizzativo sono definite anche le modalità con cui il Responsabile della prevenzione della corruzione rende conto, con modalità tali da garantire comunque la riservatezza dell'identità del segnalante, del numero di segnalazioni ricevute e del loro stato di avanzamento all'interno della relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012.
- Il processo sommarariamente descritto può essere in tutto o in parte automatizzato. Se l'amministrazione non ha automatizzato, essa può utilizzare canali e tecniche tradizionali, ad esempio inserendo la documentazione cartacea in doppia busta chiusa inviata all'ufficio protocollo, che la trasmette al Responsabile della prevenzione della corruzione. Diversamente, nel caso in cui l'amministrazione abbia informatizzato il processo, può essere previsto l'accrescimento del segnalante su una piattaforma informatica ove è sviluppato l'applicativo di gestione delle segnalazioni. In questo caso i dati relativi all'identità del segnalante vengono crittografati ed egli riceve dal sistema un codice che consente l'accesso al sistema stesso. Anche il contenuto della segnalazione viene crittografato e inviato a chi, all'interno dell'amministrazione, svolge l'istruttoria. Quanto detto può essere esteso a tutte le fasi del processo descritto.

In ogni caso, tenuto conto della rilevanza e della delicatezza della materia, si ritiene opportuno che, prima dell'adozione definitiva delle proprie misure in attuazione dell'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001, le singole amministrazioni prevedano forme di coinvolgimento degli attori, in particolare del personale dipendente, nel processo di elaborazione dei sistemi e/o delle misure di tutela. Ciò permette non solo di risolvere eventuali problematiche che dovessero essere segnalate, ma contribuisce anche a rendere consapevoli i dipendenti dell'esistenza e dell'importanza dello strumento, riducendo le resistenze alla denuncia degli illeciti e promuovendo la diffusione della cultura della legalità e dell'etica pubblica.

Inoltre, al fine di sensibilizzare i dipendenti, il Responsabile della prevenzione della corruzione invia a tutto il personale con cadenza periodica una comunicazione specifica in cui sono illustrate la finalità dell'Istituto del «whistleblowing» e la procedura per il suo utilizzo. Ogni amministratore intraprende ulteriori iniziative di sensibilizzazione mediante gli strumenti (formazione, eventi, articoli su eventuali house organ, newsletter e portale intranet, ecc.) che saranno ritenuti idonei a divulgare la conoscenza relativa all'Istituto.

Modulo per la segnalazione di condotte illecite da parte del dipendente pubblico ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001

Dati del segnalante

Nome del segnalante?									
Cognome del segnalante?									
Codice Fiscale?									
Qualifica servizio attuale?									
Incarico (Ruolo) di servizio attuale?									
Unità Organizzativa e Sede di servizio attuale?									
Qualifica servizio all'epoca del fatto segnalato?									
Incarico (Ruolo) di servizio all'epoca del fatto segnalato?									
Unità Organizzativa e Sede di servizio all'epoca del fatto segnalato?									
Telefono:									
Email:									

Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:

Soggetto	Data della segnalazione	Esito della segnalazione
	gg/mm/aaaa	
	gg/mm/aaaa	
	gg/mm/aaaa	
	gg/mm/aaaa	
	gg/mm/aaaa	
	gg/mm/aaaa	

Se no, specificare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti:

--

	Ente in cui si è verificato il fatto?
	Periodo in cui si è verificato il fatto?
	Data in cui si è verificato il fatto:
	Luogo fisico in cui si è verificato il fatto:
	Soggetto che ha commesso il fatto: Nome, Cognome, Qualifica (possono essere inseriti più nomi)
	Eventuali soggetti privati coinvolti:
	Eventuali imprese coinvolte:
	Modalità con cui è venuta a conoscenza del fatto:
	Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto (Nome, cognome, qualifica, recapiti)
	Area a cui può essere riferito il fatto:
	- Se 'Altro', specificare
	Settore cui può essere riferito il fatto:
	- Se 'Altro', specificare
Descrizione del fatto?	

Invia modulo

*Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000*

Alliegare all'email (oltre al presente modulo) la copia di un documento di riconoscimento del segnalante e l'eventuale documentazione a

- Se Altro, specificare

La condotta è illecita perché:



ALL.8

Sotto-sezione di 1° livello: Disposizioni Generali

Denominazione sotto-sezione 2° livello	Rif. Normativi	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione	Dati, informazioni o Documenti	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	termini entro i quali pubblicare
Piano triennale per la prevenzione della corruzione e Trasparenza	art.10 e l. art.6 D.lgs 33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Piano triennale per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sul sito istituzionale (sezione "Amministrazione trasparente") del Piano triennale per la Prevenzione della corruzione e trasparenza (PPTC). Link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione	annuale entro il 31.01	entro 30 gg dall'adozione
	art.12 c.1, 1-bis, 2	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alla norme di legge stabilite pubblicata nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle Pubbli che amministrazioni	Temporaneo (ex art. 6, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'entrata in vigore delle norme
Atti Generali	Art.55 c.2 D.lgs.165/2001 e Art.12 c.1 D.lgs.33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Temporaneo (ex art. 6, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'adozione o/o formalizzazione dell'atto
Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, 2 d.lgs n. 33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Scadenza obblighi amministrativi	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa al 1° affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta interno quale codice di comportamento	Temporaneo (ex art. 6, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 giorni dall'adozione del documento

Sotto-sezione di 1° livello: Organizzazione

Denominazione sotto-sezione 2° livello	Rif. Normativi	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione	Dati, informazioni o Documenti	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	termini entro i quali pubblicare
Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo	art.13 e 14 D.lgs.33/2013		Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013	NON APPLICABILE		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, e 1, d.lgs n. 33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	NON APPLICABILE		
Rendiconti gruppi consiliari regionali/ provinciali	Art. 13, e 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Anticorruzione degli uffici	NON APPLICABILE		
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett c), d.lgs. n. 33/2013	SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e Legali	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporaneo (ex art. 6, d.lgs. n. 33/2013)	entro 30 gg dall'adozione di provvedimenti in materia

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FALDON ALESSANDRO

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 31/01/2019 13:39:05

IMPRONTA: AFCFB249175876F2624B4C5B3C6CDC447B8A5A5C8B76E50F3CAFC7E5A4149BDB  
7B8A5A5C8B76E50F3CAFC7E5A4149BDB1B3726FE05FF676D7E2D29E2BA5F2BF3  
1B3726FE05FF676D7E2D29E2BA5F2BF38DAB952177853E58D0BC2DA5F01CCAAC  
8DAB952177853E58D0BC2DA5F01CCAAC6BB98346E6B40CA9C0ACE0C8E4CE121C

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 31/01/2019 14:36:53

IMPRONTA: 87A268BBE8483D1D00D342A5D139A3D1128BA2C9E13DF74E1A8A332EAB21D83  
128BA2C9E13DF74E1A8A332EAB21D83856C1EC89FE04BE580D3BAFB8EF22FD0  
856C1EC89FE04BE580D3BAFB8EF22FD03218F96B38F909013F5AAF8429D926C7  
3218F96B38F909013F5AAF8429D926C71974A4E69B8403E71F37106ADDF4400F

NOME: RENZO ALESSI

CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240

DATA FIRMA: 31/01/2019 16:12:27

IMPRONTA: B433AEC9E7685F26303EB815DC650FC8E4B3CC6F4B7EB4E21143A9D5645AF  
FC8E4B3CC6F4B7EB4E21143A9D5645AFA756F9F8A79210161FEAA056B8097193  
A756F9F8A79210161FEAA056B8097193081104B1BF8B1B886A9E78BD09EF4466  
081104B1BF8B1B886A9E78BD09EF4466B2A7430B069746371F0F77E469E61E66

NOME: ALDO MARIOTTO

CODICE FISCALE: MRTLDA58P06L736W

DATA FIRMA: 31/01/2019 16:30:06

IMPRONTA: 2257009799B45D07D71487F3934D770D1FC216BBCFEC8B464E1DBC0E2E1C6BA9  
1FC216BBCFEC8B464E1DBC0E2E1C6BA90763BD45D47535D9FD5DBF749964CD40  
0763BD45D47535D9FD5DBF749964CD40412602384DB5E1E49D4C81C534802AC9  
412602384DB5E1E49D4C81C534802AC979B7B6DECC5EB420182B5F097BF165AD0

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 31/01/2019 17:02:36

IMPRONTA: 761F625A504D2288A7EE373BD56D61615BC689A47738286D1128A564B11497D8  
5BC689A47738286D1128A564B11497D83EFC768A084F2812CCE3083D53DA692D  
3EFC768A084F2812CCE3083D53DA692D5522EC9525A027B89A6601A4C684F37F  
5522EC9525A027B89A6601A4C684F37FA6B74321B135F5D982F1CD42FACB0C8E

NOME: ADRIANO MARCOLONGO

CODICE FISCALE: MRCDRN56D10B345N

DATA FIRMA: 31/01/2019 17:23:59

IMPRONTA: 06A770A6502ECB71893D6540B2055EF6E45B8186B96AA1631BD2203BBABA4C77  
E45B8186B96AA1631BD2203BBABA4C7734884018D9A03791034F3C056A7AD4FB  
34884018D9A03791034F3C056A7AD4FB068DFAE1882C2E7AB127595A4C094915  
068DFAE1882C2E7AB127595A4C094915CEBB1E7767ED07E964669481313647BE