



Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022 - 2024

*(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)*

1.	PREMESSA.....	3
1.1	Finalità.....	4
1.2	Piano integrato di attività e di organizzazione.....	6
2.	PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT.....	8
2.1.	Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	8
2.2.	I soggetti del piano.....	9
3.	IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	11
3.1.	Analisi del contesto.....	11
3.2.	Contesto esterno	12
3.3.	Il contesto interno.....	13
3.4.	Mappatura dei processi	17
4.	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	19
4.1.	L'identificazione del rischio.....	19
4.2.	L'analisi del rischio	19
4.3.	La ponderazione del rischio	20
5.	TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE	22
5.1.	Misure di prevenzione generali	22
5.2.	Misure di prevenzione specifiche	35
6.	TRASPARENZA.....	37
6.1.	Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance.....	38
6.2.	Obiettivi strategici in materia di trasparenza	38
6.3.	Tipologie di accesso	39
7.	MONITORAGGIO E RIESAME.....	41
7.1.	Monitoraggio	41
7.2.	Azioni di miglioramento per il triennio 2022-2024.....	42
8.	ADOZIONE, ENTRATA IN VIGORE, PUBBLICITA' ED AGGIORNAMENTI DEL PTPCT	43

1. PREMESSA

“Premesso che la corruzione è sempre esistita e un certo livello esisterà sempre, l’esperienza di questi anni ci insegna che la via burocratica, amministrativa dei moduli e degli adempimenti funziona poco, crea resistenze e non dura nel tempo. Quella che porta ad un cambiamento duraturo è la via della consapevolezza. Del rendere consapevoli i cittadini e i professionisti che lavorano nella pubblica amministrazione del ruolo che hanno per il bene della salute delle persone. La via del sentirsi orgogliosi e fortunati di poter svolgere un lavoro che aiuta le persone e le famiglie nel momento del maggior bisogno e di maggiore fragilità.

La via del dare ai professionisti il tempo e gli strumenti per riflettere sul senso del loro agire, come singoli e come comunità professionali. Nel dire molto chiaramente che l’integrità si costruisce per prima rallentando la velocità e imparando ad ascoltare il respiro di ciascuno e delle nostre organizzazioni. Del costruire comunità territoriali che condividono il valore della salute come bene comune, con aziende sanitarie, istituzioni, ordini professionali, sindacati, associazioni di cittadini, mondo della scuola e del lavoro. Tutti impegnati verso una meta comune. Solo a quel punto la corruzione verrà percepita come un dis-valore per i singoli e per la comunità” (Associazione Italiana per l’Integrità della Salute -AIIS)

Questa premessa ben evidenzia l’approccio che l’Istituto che intende promuovere, con la partecipazione attiva e consapevole dei professionisti, per contrastare la corruzione, diffondere la trasparenza e favorire l’integrità del sistema.

La legge n. 190/2012, contenente “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, mira a rafforzare l’efficacia e l’effettività delle misure di contrasto del fenomeno corruttivo e ad uniformare l’ordinamento giuridico italiano agli strumenti sovranazionali di contrasto della corruzione già ratificati dal nostro Paese (Convezione ONU di Merida e Convenzione penale sulla corruzione di Strasburgo).

Tenendo conto delle raccomandazioni formulate all’Italia dai gruppi di lavoro in seno all’OCSE e al Consiglio d’Europa che monitorano la conformità agli standard internazionali della normativa interna, il legislatore italiano ha adottato una strategia di contrasto della corruzione articolata su tre nuclei:

- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- aumentare la capacità di rilevare casi di corruzione;
- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Tale strategia prevede una doppia articolazione, a livello nazionale e a livello decentrato.

A livello nazionale, l’Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) adotta il Piano Nazionale Anticorruzione che costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell’adozione dei propri Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (di seguito PTPCT).

Finalità del Piano Triennale PCT è di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. Tenuto conto che ogni amministrazione presenta specificità ordinali e dimensionali nonché un peculiare contesto territoriale, sociale, economico, culturale ed organizzativo, l’elaborazione del PTPCT deve tenere conto di tali fattori di contesto.

Il presente documento costituisce un aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2021 e del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2021-2023 con il quale si definisce la strategia di prevenzione dell’Istituto.

L’obiettivo è ottimizzare e razionalizzare l’organizzazione e l’attività dell’amministrazione, per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo i principi delle 3 E (efficacia, efficienza ed economicità) mettendo a disposizione uno strumento di lavoro *friendly* che consentirà di sviluppare e attuare le misure di prevenzione della corruzione in maniera più semplice.

L'Istituto ha redatto tale piano, in coerenza con le linee Anac, con il fine di perseguire una maggior percezione da parte degli operatori del "dis-valore" della corruzione.

1.1 Finalità

La prevenzione della corruzione e il contrasto dell'illegalità sono una priorità strategica per tutte le P.A. poiché la corruzione costituisce un ostacolo allo sviluppo economico e sociale del territorio, all'efficienza e all'efficacia dell'azione amministrativa e al buon andamento delle istituzioni pubbliche (art. 97 Cost.).

Come più volte specificato dall'ANAC, la nozione di corruzione deve essere intesa in senso lato, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere fiduciario a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono, quindi, evidentemente più ampie delle fattispecie a rilevanza penale e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla loro rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Ai fini della prevenzione, la nozione di corruzione quindi va intesa in senso ampio; il fenomeno corruttivo, deve riguardare anche la c.d. "maladministration" e precisamente l'insieme dei comportamenti che deviano dal perseguimento dell'interesse generale, a causa del condizionamento di interessi particolari. E' stato definito un fenomeno complesso, di difficile definizione e misurazione definito anche un "patto corruttivo". Rappresenta un fenomeno sociale

e, come tale, è oggetto di modificazioni nel tempo e assume connotati differenti a seconda del contesto di riferimento.

Una lettura, in chiave moderna, sul patto corruttivo aiuta a comprenderne la natura sempre più reticolare e i contorni frastagliati dell'accordo tra le parti in gioco. In merito ai soggetti coinvolti, ad esempio, il patto tende a perdere un carattere rigorosamente duale: sempre più di frequente, tra il pubblico agente corrotto e il privato corruttore si collocano soggetti che svolgono funzioni di intermediazione. Questi soggetti possono fungere esclusivamente da "filtro" tra corrotto e corruttore (ad esempio, prestandosi a occultare una tangente attraverso consulenze fittizie), oppure essere i veri e propri terminali della dazione illecita. In quest'ultimo caso, la dottrina ha coniato la figura del "facilitatore", che esercita un potere di influenza sul decisore pubblico in ragione dei legami politici da esso direttamente dipendenti. La rete delle relazioni tra il decisore pubblico e il soggetto corruttore risulta, di conseguenza, sempre più frazionata e articolata, costituendo un vero e proprio comitato di affari orientato alla "compravendita della funzione pubblica" a vantaggio di terzi.

Anche l'oggetto del patto corruttivo, allo stesso modo, sta assumendo caratteristiche e tratti nuovi: rispetto al passato, la compravendita della funzione pubblica tende a non riguardare più grandi somme di denaro o appalti; al contrario, si assiste sempre più spesso a transazioni di modesto importo finanziario, dal momento che l'oggetto sostanziale della corruzione è da identificarsi nella costruzione di rapporti reticolari e interessi (illeciti) finalizzati ad attivare un sistema di "favori" di varia natura tra politica, amministrazione e mondo dell'impresa.

Pertanto, anche se i comportamenti non si sostanziano in specifici reati, in concreto, possono risultare contrari all'interesse pubblico, facendo venir meno i principi costituzionali dell'imparzialità e della buona amministrazione. A tal proposito, il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare n. 11 del 25 gennaio 2013, ha precisato che il concetto di corruzione della legge 190/2012 comprende tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

ANAC ha più volte evidenziato che "la prevenzione della corruzione è e va considerata come un potente strumento di innovazione amministrativa".

Da un esame delle informazioni disponibili, della Guardia di Finanza per l'Autorità, emerge che il fenomeno corruttivo è piuttosto polverizzato e multiforme, e coinvolge quasi tutte le aree territoriali del

Paese. Il valore della tangente è di frequente molto basso e assume sempre di più forme diverse dalla classica dazione di denaro, come l'assunzione di amici e parenti.

L'attuale riflessione, assai diffusa nel contesto sanitario, considera che le pratiche corruttive non sempre sono comprese da chi lavora nel settore e non vi è piena consapevolezza di quanto queste minino la qualità del lavoro degli operatori; allo stesso modo chi si occupa di lotta alla corruzione non sempre riesce a comprendere la complessità e la pervasività che questa assume in un ambito tanto nevralgico e sensibile.

I principali fattori di rischio per questi fenomeni sono due: il conflitto di interessi e l'asimmetria informativa.

La locuzione di "conflitto di interessi" (Cdi) è l'altro oggetto su cui è posta l'attenzione del Piano Triennale nell'individuare misure di prevenzione e di gestione del conflitto, nonostante i suoi confini e le differenze rispetto ad altri fenomeni (es. la corruzione) non siano sempre così chiari. Il primo passo da fare per affrontare il Cdi è proprio quello di definire il fenomeno, al fine di consentirne agevolmente l'individuazione, poiché una definizione poco chiara, o addirittura la sua mancanza, inficia l'utilità stessa dei rimedi previsti per la gestione del Cdi. Il concetto di "interesse" è molto vago; negli Stati Uniti qualcuno propone di sostituirlo o ampliarlo con una terminologia più adeguata (ad esempio, "benefit", in ambito sanitario), che aiuti le persone a identificare meglio i rischi.

In generale il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui un interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda (ossia il bene comune), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

La definizione proposta ha carattere generale, si adatta alle fattispecie di conflitto che può riguardare gli individui e le organizzazioni nei diversi ambiti, restando fermi i suoi elementi essenziali, ma occorre accettare l'idea della complessità del fenomeno del conflitto di interessi.

L'attuale configurazione della gestione del conflitto di interessi in Italia è tutta centrata su procedure di emersione formali e burocratiche che non prendono in alcuna considerazione né la consapevolezza degli agenti pubblici, né quella delle amministrazioni che dovrebbero gestirli.

Più spesso esiste una generale sottovalutazione del conflitto di interessi e scarsa consapevolezza del fenomeno da parte degli agenti pubblici e delle amministrazioni. Le persone in generale hanno paura a far emergere i collegamenti di interesse perché pensano che verranno messi sotto accusa dall'organizzazione e dall'opinione pubblica.

Nella sanità come in altri contesti, per identificarlo, è necessario intraprendere un percorso formativo che aiuti il professionista a definire i dettagli degli interessi specifici del contesto sanitario.

L'asimmetria informativa è una condizione in cui un'informazione non è condivisa integralmente fra gli individui facenti parte del processo. Una parte degli agenti interessati detiene (o è percepito come colui che detiene) maggiori informazioni rispetto al resto dei partecipanti. Il principio della trasparenza, è inteso come il principale strumento di lotta alla corruzione e di contrasto all'asimmetria informativa, con la sua bidimensionalità: il buon andamento dell'amministrazione e l'imparzialità della Pubblica Amministrazione.

Il Piano Triennale esprime quali adempimenti l'amministrazione pubblica persegue per la trasparenza amministrativa con l'obiettivo di rendere informato e partecipe il cittadino delle decisioni amministrative, contenendo e riducendo l'asimmetria informativa che caratterizza il contatto con l'ambito sanitario.

Il concetto di trasparenza risulta essere complesso nella sua eziologia e nella sua autentica interpretazione (nell'alveo di una materia definita da molti esperti del settore come *ricca ed impetuosa*), fermo restando la considerazione di fondo che la trasparenza è da intendersi intermini assoluti come un diritto fondamentale trasversale ed ampiamente diffuso nell'ordinamento giuridico italiano. In virtù di ciò, diviene fisiologico osservare che le nuove discipline in materia determinano in capo al cittadino il diritto di essere partecipi ai processi decisionali della Pubblica Amministrazione: è indubbio il tentativo di rendere la P.A. come una dimora dalle pareti di vetro, parafrasando quanto pronunciato da F. Turati agli inizi del Novecento.

La trasparenza nella sua complessità ed ampiezza tematica è stata riordinata in modo organico nel c.d. Codice della trasparenza (D.Lgs 33/2013), riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione

delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. E' espressamente indicato che all'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza assicurando un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Dunque, la trasparenza diverrebbe un efficace strumento destinato a far emergere fenomeni corruttivi, permettendo al cittadino di "vigilare" sul corretto ed imparziale svolgimento dell'attività amministrativa. Una "vigilanza" che può adempiersi pienamente solo con un esatto "contemperamento" nella messa a disposizione di strumenti informativi a servizio del cittadino: la pubblicità documentale e dei siti web ed il diritto di accesso ai documenti ed alle informazioni della P.A..

Le misure di prevenzione proposte nel Piano mirano al contenimento di questi due aspetti, agendo in primis sulla trasparenza dell'agire della pubblica amministrazione.

1.2 Piano integrato di attività e di organizzazione

Previsto dal decreto legge 80, del 9 giugno 2021, e convertito in legge N.113 del 6 agosto 2021, il piano riguarda le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno fatta eccezione per l'anno 2022 la cui scadenza è stata prevista, nel decreto "mille proroghe", al 30 aprile.

Ciò nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi "per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione".

Il PIAO sostituisce:

- PDO, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- POLA e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Piano triennale del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

Il PIAO è suddiviso in quattro sezioni:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione;
- Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
- Organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
- Monitoraggio, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Nel PIAO dovranno essere inclusi:

- L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti. Ma anche la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

2. PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT

2.1. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

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.

Pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). L'Autorità ha illustrato tale posizione nella delibera n. 1310/2016.

Il d.lgs. 97/2016 ha previsto inoltre l'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.

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 con delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, ha dato indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso di rilevi o qualora vengano 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 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".

2.2. I soggetti del piano

Il processo di formazione e di attuazione del piano si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (individuazione dei contenuti, redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del piano), 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 piano concorrono sia soggetti interni che soggetti esterni.

Nel dettaglio i soggetti interni coinvolti sono:

- la direzione strategica che avvia il processo designando il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, indirizza le attività volte all'elaborazione e all'aggiornamento del programma e adotta gli atti finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- il RPCT, che coordina le attività legate alla prevenzione della corruzione e trasparenza a livello aziendale predisponendo il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza e monitorandone le misure di prevenzione previste; verifica l'applicazione delle misure legate alla trasparenza e supporta i servizi aziendali nella valutazione dei casi di potenziale conflitto di interesse, incompatibilità e inconfiribilità di incarichi dirigenziali; raccoglie le segnalazioni di illecito e di miglioramento organizzativo e tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. whistleblower), anche attraverso il canale aziendale e valuta il rischio di corruzione per singolo processo aziendale;
- 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. 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 attuano, 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;
- i dipendenti dell'Istituto il cui supporto si concretizza nella disponibilità a trasmettere ogni utile informazione ai fini della prevenzione della corruzione, a rispondere esaurientemente ad eventuali richieste del RPCT, nonché a partecipare attivamente, anche mediante osservazioni e proposte, alla procedura aperta rivolta a tutti gli *stakeholders*.

I soggetti esterni coinvolti sono:

- gli stakeholders: 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 stakeholders 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 2022-2024 al fine di acquisire, per l'aggiornamento del programma stesso, le eventuali osservazioni ritenute utili per rendere più efficienti e partecipare 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.

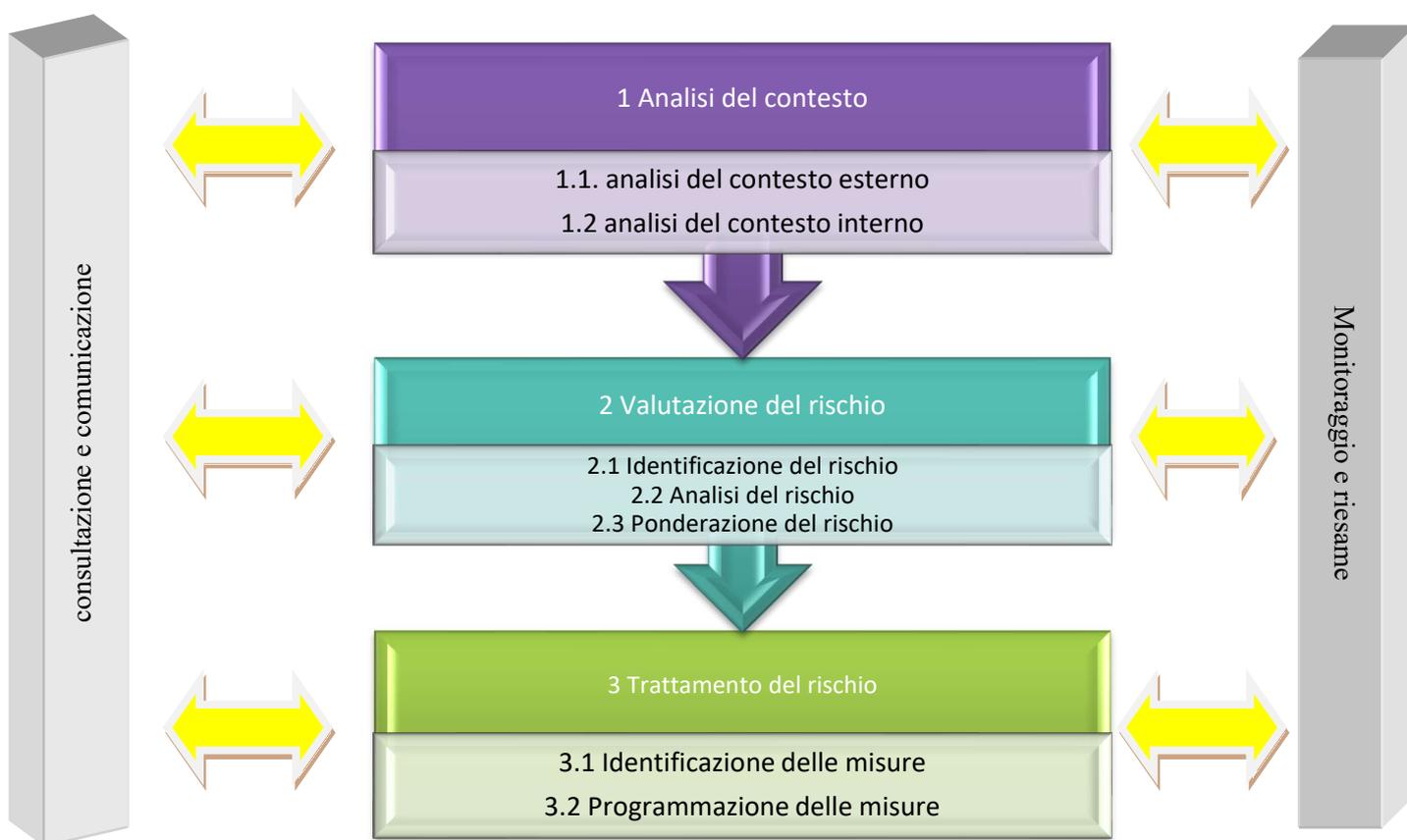
Per il coinvolgimento degli attori esterni, è stato pubblicato un avviso per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione– PTPC 2022-2024 comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità – PTTI 2022-2024 che è stato pubblicato su "Amministrazione Trasparente", "Altri contenuti", "Prevenzione della Corruzione" e "Amministrazione Trasparente", "Altri contenuti", "Trasparenza".

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

3. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, punti cardine dell'analisi del contesto interno, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Tale processo si sviluppa in forma sequenziale e ciclica ed il suo "core" è rappresentato dall'analisi del rischio. Per essere efficace, arrivato a compimento, deve sempre ricominciare tenendo conto degli esiti del ciclo precedente. Indispensabili e correlate alle fasi del processo di gestione del rischio sono la consultazione e comunicazione ed il monitoraggio e riesame. A questa fase nei diversi momenti della gestione amministrativa devono partecipare tutti gli attori coinvolti nel processo.



3.1. Analisi del contesto

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

3.2. Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche, strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

E' questa una fase indispensabile ai fini della redazione del piano in quanto consente di definire le proprie strategie di prevenzione del rischio corruttivo tenendo conto non solo della propria organizzazione ma anche delle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Istituto è inserito.

L'Ufficio statistica della Direzione generale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha presentato, nel mese di novembre 2021, le previsioni economiche dell'Istituto Prometeia. Nel report emerge che la diffusione dell'epidemia da Covid-19 su scala globale ha innescato una recessione di intensità superiore a quella registrata negli anni 2008 e 2009. Banca d'Italia, secondo lo scenario previsionale più recente, stima una diminuzione del PIL del 13,1%. L'impatto del Covid-19 sull'economia appare, dunque, profondo ed esteso: negativo è il contributo sia della domanda interna sia della componente estera netta e le aspettative negative determinano un brusco calo degli investimenti. L'economia del Friuli Venezia Giulia, secondo le prime stime regionali effettuate ad inizio aprile, era prevista in un iniziale rallentamento del 7,1% nell'anno in corso, all'interno di uno scenario che, considerate le recenti previsioni nazionali più realistiche della Banca d'Italia, è atteso in netto e deciso peggioramento in tutte le sue componenti. In particolare, ad inizio aprile, i consumi erano considerati in un primo calo del 4,9% (per una contrazione complessiva di 1,3 miliardi di euro), gli investimenti del 12,3% (-1 miliardo di euro), l'export del 10,1% (-1,6 miliardi di euro). L'industria in senso stretto era già *prevista in perdita del 13,5% nel valore aggiunto (-912 milioni di euro), i servizi del 4,7% (-1 miliardo di euro)*.

Secondo le ultime stime, l'economia del FVG ha registrato un rallentamento del 9,3% nel 2020. A valori correnti il PIL regionale si sarebbe attestato, alla fine dello scorso anno, a 35,7 miliardi di euro, con una perdita di 3 miliardi di euro rispetto ad un anno prima. Nel 2021 il FVG registrerà una crescita pari al +6,2%, superiore alla media nazionale, e per il 2022 è atteso un incremento del 3,4%, inferiore alla media nazionale, che consentirà all'economia regionale di avvicinarsi ai livelli precedenti alla pandemia. Nell'anno in corso in FVG si dovrebbe registrare un incremento della spesa per consumi delle famiglie del +3,9%, seguito da un +4,5% nel 2022 grazie al recupero dei redditi. Tuttavia, i consumi privati, dopo la caduta del 13,4% (-3,5 miliardi di euro) registrata nel 2020, non torneranno ai livelli pre-crisi prima del 2023.

Il Friuli Venezia Giulia, che nel 2020 ha subito una decrescita del 9,2 per cento. Alla fine dello scorso anno, il valore corrente del Pil si è fermato a 35,7 miliardi di euro, perdendone tre rispetto a dodici mesi prima. Buone notizie per il 2021: il Friuli Venezia Giulia, dopo Emilia Romagna e Veneto, sarà la regione con la più alta crescita, +5,8 per cento, e per il 2022 si attende un aumento del 3,9 per cento, che permetterà all'economia regionale di avvicinarsi ai livelli pre-crisi.

Nell'anno in corso in Friuli Venezia Giulia si dovrebbe registrare un incremento della spesa per consumi delle famiglie del +3,9%, seguito da un +6,5% nel 2022 grazie al recupero dei redditi. Tuttavia, i consumi privati, dopo la caduta del 12,0% (-2,9 miliardi di euro) registrata nel 2020, non torneranno ai livelli pre-crisi prima del 2023. Gli investimenti fissi lordi, che nel corso del 2020 si sono ridotti del 7,3% (la variazione meno negativa tra le regioni italiane, -531 milioni di euro), registreranno un forte recupero pari al 16,4%, tra i più consistenti a livello nazionale, superando ampiamente i valori del 2019. Anche i risultati dell'export nel 2020 sono stati meno negativi di quelli nazionali, con una contrazione del 7,5% (-1,2 miliardi); la ripresa è prevista pari all'11,6% nel 2021 (+2,1 miliardi) a cui seguirà un +4,9% nel 2022. Le importazioni hanno registrato una caduta del 10,9% nel 2020 (-1,2 miliardi) e sono stimate in crescita del 19,0% nell'anno in corso (+2,0 miliardi) e del 9,2% nel prossimo. La flessione del valore aggiunto regionale

stimata per il 2020, -9,0%, corrisponde ad una perdita di 2,5 miliardi di euro correnti; nel corso del 2021 il recupero sarà del 6,0% (+2,1 mld) e nel 2022 un +4,0% farà superare al valore aggiunto i livelli pre-crisi.

Nel corso dell'anno 2021 tutti i territori tranne l'area del capoluogo regionale dovrebbero registrare variazioni positive, in particolare la provincia di Pordenone (+36,0%) e di Udine e dovrebbero riuscire a recuperare completamente le perdite del 2020. Si prevede un trend positivo generalizzato anche nel prossimo biennio¹.

L'istituto non è sicuramente in grado di influenzare l'ambiente in cui insiste ma le informazioni ricavabili possono essere utilizzate per valutare i rischi corruttivi a cui gli operatori possono essere maggiormente esposti.

Dal punto di vista sociale una delle peculiarità del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, rilevante ai fini del presente documento, è il rapporto numerico fra il personale dipendente (730 unità al 31 dicembre 2021) e la popolazione (circa 50.000 utenti) destinataria dei servizi erogati. Essendo un centro di Riferimento Oncologico, non ha una stretta connessione con il territorio e con capillarizzazione dei servizi erogati come può avvenire per una azienda territoriale ma diventa polo di riferimento a rilievo nazionale. Tale dato, ovvero il rapporto tra numero di dipendenti e utenti, evidenzia una possibile fitta rete di relazioni parentali/amicali fra il personale dipendente e i soggetti terzi che si rapportano con l'Istituto in qualità di utenti, fornitori o stakeholders e la conseguente esigenza di attenzione rispetto al tema del conflitto di interessi.

D'altra parte lo stesso dato consente di poter fare affidamento su un diffuso controllo sociale in merito alle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche sul territorio.

Dal punto di vista economico la crisi delle attività produttive che ha colpito anche questa zona, seppur in trend positivo, comporta la necessità di vigilare maggiormente sulle capacità e affidabilità dei soggetti economici fornitori di beni e servizi soprattutto ora che persiste lo stato di emergenza sanitaria.

Con riferimento ai fenomeni criminali non risultano elementi tali da giustificare un particolare allarme rispetto ad altre realtà del Triveneto.

3.3. Il 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.

La struttura organizzativa

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) classificato come Centro di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'oncologia.

È dedicato allo sviluppo dell'eccellenza nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche attraverso la presa in carico multidisciplinare e integrata del paziente, la ricerca clinica, preclinica e translazionale, l'alta formazione e gli interventi di consapevolezza del paziente.

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.

¹ Dati estratti da "Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Documento di economia e finanza regionale 2021"

Il Centro di Riferimento Oncologico garantisce un'attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento nazionale sulle patologie di pertinenza, sia per le attività clinico-assistenziali che per la partecipazione e lo sviluppo di linee di ricerca. Inoltre, la peculiare capacità degli operatori dell'Istituto di fornire centralità al paziente come persona e soggetto sociale, è riconosciuta a tutti i livelli.

L' Istituto, nell'attività di ricerca e di erogazione di prestazioni assistenziali, persegue 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 e 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.

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; 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; 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; 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.

L'assetto istituzionale dell'Ente prevede quali Organi, il Direttore Generale, Collegio Sindacale, Consiglio di Indirizzo e Verifica ed il Direttore Scientifico.

La Direzione Strategica definisce, sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale e delle indicazioni ministeriali per quanto di competenza, le strategie di programmazione aziendale e ne controlla la loro realizzazione. E' formata dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. E' la sede di governo dell'Istituto; assolve alle funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati; garantisce le interrelazioni necessarie per conseguire il perseguimento dei fini dell'Istituto con gli organismi aziendali (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Organismo Indipendente di Valutazione) e con le Istituzioni (Regione Friuli Venezia Giulia, Consiglio delle autonomie locali, Conferenza dei sindaci e Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale).

Organismi collegiali sono il Consiglio dei Sanitari, Organismo indipendente di valutazione (OIV), Collegi tecnici, Comitato Unico di Garanzia (CUG), Comitato Tecnico Scientifico, Collegio di Direzione ed il Comitato Etico Unico Regionale.

Il Centro di Riferimento Oncologico è un I.R.C.C.S (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) assume pertanto un ruolo chiave l'area della Ricerca il cui responsabile è il Direttore Scientifico. Ne promuove e coordina l'attività e ne gestisce il budget attribuito dal Direttore Generale la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto in ragione del suo carattere scientifico.

L'attività dell'Istituto si esplica attraverso strutture organizzative complesse, semplici o dipartimentali classificate sulla base di elementi caratterizzanti riferiti alla specifica attività effettuata, alla numerosità delle risorse umane, tecniche e tecnologiche gestite. Tali strutture fanno capo a Dipartimenti che afferiscono alle rispettive direzioni come è possibile vedere nello schema che segue. Tale organizzazione, al momento, è in fase di revisione in attesa di approvazione delle modifiche proposte all'atto aziendale.

L'Assetto organizzativo così come approvato con Delibera 13/2019:

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
Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito - Spilimbergo	SOSD	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 Preclinici 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

3.4. Mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La **mappatura dei processi** è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Una mappatura dei processi adeguata consente di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione (controllo di gestione, sistema di *auditing* e sistemi di gestione per la qualità), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interagenti che trasformano delle risorse in un *output* destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Si tratta di un concetto organizzativo che -ai fini dell'analisi del rischio- ha il vantaggio di essere più flessibile, gestibile, completo e concreto nella descrizione delle attività rispetto al procedimento amministrativo.

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. Per il tramite del RPCT, è stata operata una mappatura delle aree di attività a rischio corruttivo scomponendole nei macro-processi. Il macro-processo è poi stato scomposto in fasi ed ogni fase è stata a sua volta scomposta in singole attività all'interno delle quali sono stati identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

La Legge 190/2012 ha previsto le "Aree di rischio" che il PNA 2019 ha definito nell'allegato denominato "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" come "Aree comuni a tutte le Amministrazioni" che comprendono l'Area Contratti Pubblici, l'Area acquisizione e gestione del personale, la Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio. Per quanto attiene all'area dei contratti pubblici, con il presente piano e con il piano relativo agli anni 2021-2023 si è provveduto a mappare in modo dettagliato i processi che afferiscono alla Struttura Operativa complessa Approvvigionamenti Economato e Logistica contenuto nell'allegato 1 ed alla Struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche contenuta nell'allegato 2.

Per tale fine si è tenuto conto delle risultanze dell'analisi del contesto interno/esterno, della mappatura dei processi e degli incontri con il responsabile delle attività oggetto di analisi. Si sono svolti diversi incontri tra i Direttori ed il RPCT che hanno portato alla mappatura del processo di "Affidamento e gestione dei contratti di lavori, servizi e forniture" individuando specifiche fasi e le correlate attività. Si è poi provveduto ad analizzare il rischio afferente ogni fase identificando i fattori abilitanti a cui è stata fatta una valutazione del rischio sulla base di indicatori qualitativi predeterminati. Per ogni fase sono stati inoltre declinati i dati e

le informazioni necessarie per esprimere un giudizio motivato del livello di rischio nelle sue tre declinazioni di alto/medio/basso.

La conclusione del processo ha portato all'individuazione, per ogni fase, delle azioni da intraprendere piuttosto che la presa d'atto che le misure in atto sono sufficienti.

Nell'ambito sia delle attività di Approvvigionamenti Economato e Logistica sia di quelle relative alla Struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche non sono mai state ricevute segnalazioni di "*maladministration*". Ciò porta a desumere che le misure in atto (come declinate negli allegati) siano adeguate per limitare il rischio di corruzione.

Sono state oggetto di analisi l'Area acquisizione e gestione del personale i cui processi sono contenuti nell'allegato 3 e l'area Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio contenuta nell'allegato 4; la loro rivalutazione è tra gli obiettivi del piano previsti per l'anno 2022.

Oltre alle Aree comuni alle varie amministrazioni ed individuate nel PNA 2019 sono stati analizzati processi, ritenuti a maggior rischio corruttivo, afferenti aree specifiche del settore sanità (Aree di rischio specifico – Parte Speciale I – SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV SANITA' del PNA 2016). Nell'ambito del Centro Attività Formative si è ritenuto di fare un focus sull'attività di acquisizione dei formatori esterni – allegato 5 – mentre per quanto riguarda la Direzione Sanitaria i processi analizzati contenuti nell'allegato 6 riguardano: attività libero professionale, liste di attesa e la garanzia della riservatezza sui decessi dei pazienti. La valutazione dei processi afferenti queste due aree a maggior rischio corruttivo sarà obiettivo del piano 2022-2024.

4. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La **valutazione del rischio** è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio è svolta per ciascuna attività e si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

4.1. L'identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. Anche in questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Per giungere ad identificare i rischi è necessario seguire tre step:

- a) Definire l'oggetto di analisi;
- b) Utilizzare opportune tecniche di identificazione ed una pluralità di fonti informative;
- c) Individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi.

In questa fase di passaggio alla nuova metodologia di redazione del PTPCT prevista nel PNA 2019 ed iniziata nel corso dell'anno 2020, per il tramite del RPCT, si sta procedendo alla mappatura dei macro-processi e dei sub-processi gestiti dall'Istituto, avendo cura di individuare gli owner del processo.

4.2. L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'**analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione**. Il secondo è quello di **stimare il livello di esposizione** dei processi e delle relative attività **al rischio**.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere *i fattori abilitanti* degli eventi corruttivi, ossia **i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione**. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Per contro è importante definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi per **individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione** sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività. Nello specifico la definizione del livello di esposizione al rischio deve necessariamente evitare di incorrere nella sottostima del rischio che comporterebbe l'impossibilità di attuare una qualsiasi misura di prevenzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio si è ritenuto opportuno scegliere l'**approccio valutativo**. Per le caratteristiche dei processi rilevati in istituto di cui deve essere stimata l'esposizione ai rischi l'approccio valutativo utilizzato è di tipo qualitativo; l'esposizione al rischio viene quindi stimata in base a motivate valutazioni (autovalutazioni) espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi. Tali valutazioni vedranno quindi l'espressione di un giudizio sulla valutazione del rischio.

Dopo aver scelto l'approccio valutativo, è necessario individuare i **criteri di valutazione** dell'esposizione al rischio che possono configurarsi operativamente in indicatori di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

In questo triennio di transizione dalla metodologia precedente di redazione del piano e di mappatura del rischio corruttivo alla nuova metodologia così come declinata nel PNA 2019, per la valutazione del livello di rischio, sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- Livello di interesse esterno
- Grado di discrezionalità del decisore interno
- Grado di attuazione delle misure di trattamento

Si è escluso di utilizzare quale indicatore "la manifestazione di eventi corruttivi in passato" in quanto non ne sono stati mai riscontrati in Istituto.

Dopo aver individuato gli indicatori di stima è necessario **rilevare i dati e le informazioni** necessarie per esprimere un giudizio motivato che ha portato alla scelta degli indicatori. Le informazioni sono state rilevate attraverso forme di autovalutazione del dirigente a capo del processo interessato (self assessment) Tali valutazioni devono necessariamente esser basate su dati oggettivi, salvo loro indisponibilità. Il RPCT ha supervisionato le valutazioni dei responsabili per analizzare la ragionevolezza ed evitare una sottostima del rischio, applicando nel contempo il criterio generale di prudenza, già precedentemente esposto.

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si è fatta una misurazione di ognuno dei criteri illustrati in precedenza. Per la misurazione si è applicata una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si è ottenuta una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo fornisce una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

4.3. La ponderazione del rischio

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo o attività si procede alla "*ponderazione*" il cui obiettivo è di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali

rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione» con lo scopo di stabilire:

- Le azioni da intraprendere;
- Le priorità di trattamento del rischio.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Se non si verificano segnalazioni e l'evento corruttivo quindi non si manifesta significa che le procedure attuate per evitare il rischio sono idonee e può non essere necessario attivarne di nuove.

Il rischio residuo non sarà mai pari a zero ma lo scopo di queste misure è che sia quanto più tendente allo zero oppure può portare ad una decisione d'intraprendere ulteriore analisi. Per stabilire se attuare o meno nuove azioni bisogna tenere conto del concetto di "rischio residuo". Il "rischio residuo" è il rischio che rimane dopo l'adozione di tutte le misure di prevenzione previste. Il rischio residuo comprende, quindi, rischi noti e stimati, ma anche componenti di rischio sconosciute ed è composto da diversi elementi (elenco non esaustivo):

- rischio accettato (riconosciuto, che viene giudicato ammissibile);
- rischi non identificati o sconosciuti;
- rischi derivanti da minacce trascurate;
- errori di ponderazione dei rischi;
- rischi derivanti da misure di sicurezza inadeguate o applicate in modo errato.

È opportuno evidenziare che il rischio residuo non potrà mai essere azzerato, pertanto l'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio medesimo ad un livello quanto più prossimo allo zero.

5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

Il trattamento del rischio consiste nel processo atto a modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio.

Nell'individuazione e nella progettazione delle misure di trattamento occorre distinguere tra:

- misure generali: quando hanno la capacità di incidere sul sistema complessivo in modo trasversale che sono esplicitate nel successivo paragrafo;
- misure specifiche: ovvero che incidono in maniera specifica su problemi individuati durante il processo di mappatura del rischio.

Dopo aver rilevato le criticità in sede di analisi, la prima fase di trattamento del rischio ha come fine quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione.

L'individuazione delle misure è avvenuta con il coinvolgimento delle strutture organizzative cui afferisce l'area di rischio, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholder* come già evidenziato.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai seguenti requisiti:

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici;
- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Ciò consente, inoltre, di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione. La programmazione deve essere messa in atto considerando i seguenti elementi descrittivi:

- *Fasi di attuazione della misura*: laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- *Tempistica di attuazione della misura*: e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenziata nel tempo;
- *Responsabilità connesse all'attuazione della misura*: (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- *Indicatori di monitoraggio* valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

5.1. Misure di prevenzione generali

A seguire si riportano le misure di prevenzione generali e la loro declinazione all'interno dell'Istituto.

A) CODICE DI COMPORTAMENTO

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 dal quadro normativo 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 e pubblicato sul sito aziendale nella sezione di amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali.

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 nell'Istituto anche attraverso attività di formazione del personale.

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.

B) 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.

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.

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. L'art. 6, comma 1, 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. Vieta inoltre di avere direttamente o indirettamente interessi economici in enti, imprese e società che operano in settori di interesse istituzionale dell'Istituto. La dichiarazione di assenza di conflitto di interessi viene resa all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro.

Destinataria delle suddette comunicazioni è la Struttura Operativa Complessa – Affari Legali e 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. Da ultimo l'art. 6 prevede l'obbligo di astensione dei dipendenti dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi 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. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

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.

C) IL CONFLITTO DI INTERESSE NEL SETTORE 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 od 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.

L'art. 77 del 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).

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.

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.

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

Con delibera 275/2020 è stato recepito un regolamento per la nomina dei componenti le commissioni giudicatrici per l'affidamento di appalti pubblici, servizi, forniture e concessioni.

Nel corso dell'anno 2022, se ne prevede la revisione con aggiornamenti ed implementazioni.

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.

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 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 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.

Dichiarazioni di conflitto di interesse

Deve essere presentata apposita autocertificazione per:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi, forniture: per ogni procedura;
- commissioni concorsi/procedure selettive per l'assunzione di personale/attribuzione di incarichi: per ogni procedura;
- attribuzione di incarichi di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale: per ogni incarico congiuntamente alla dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità;
- attribuzione di incarichi a personale esterno: per ogni incarico congiuntamente alla dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità;
- liquidazione e pagamento di somme in favore di soggetti terzi a qualunque titolo: annuale salvo comunicazione di variazione delle condizioni;
- registrazione fatture, emissioni mandati di pagamento e controlli tecnico-contabili sui provvedimenti di liquidazione e pagamento: annuale salvo comunicazione di variazione delle condizioni.

Nel corso dell'anno 2022 verrà avviata un'attività di verifica a campione (pari ad almeno il 2%) delle

dichiarazioni acquisite, ovvero in caso di segnalazioni di soggetti interni ed esterni, con, nello specifico, verifica:

- del registro telematico delle imprese per verificare eventuali altre cariche societarie;
- del portale del Ministero dell'interno contenente l'Anagrafe degli amministratori locali e regionali.

Si prevede pertanto l'istituzione di un apposito registro delle dichiarazioni da trasmettere all'RPCT. Il resoconto dei controlli effettuati dovrà essere reso nel corso del monitoraggio relativo all'ultimo trimestre.

D) INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Rispetto alla disposizione contenuta nell'art. 53, d.lgs. n. 165/2001, in relazione allo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni nonché del personale in regime di diritto pubblico, l'Istituto con deliberazione con n. 290 del 31.12.2014, revisionata con deliberazione n. 64 del 27.02.2015 ha approvato il regolamento per il conferimento degli incarichi extraistituzionali.

Con delibera n. 596 del 30/12/2019 è stato inoltre approvato un regolamento sulla partecipazione ad eventi formativi esterni all'istituto con spese a carico di soggetti privati (sponsorizzazioni individuali).

In merito è utile evidenziare che, data la complessità del tema soprattutto in ambito sanitario, l'Istituto ha operato la scelta maggiormente restrittiva nei propri regolamenti, rispetto a quanto previsto dall'art. 53 del D.lgs 165/2001 e s.m.i., imponendo ai dipendenti di richiedere autorizzazione anche per lo svolgimento di attività di docenza ciò al fine di monitorare le attività svolte dai dipendenti all'esterno.

Per ogni richiesta di autorizzazione, che deve essere preventiva, viene effettuato un controllo utile ad evitare di autorizzare attività vietate dal regolamento o che possano ricadere in casistiche con potenziali incompatibilità e conflitti di interessi oltre alla verifica dell'impegno annuale massimo previsto per queste tipologie di incarico (impegno non superiore a 45 giorni lavorativi se svolti a favore di PA ovvero impegno non superiore a 26 giorni nei restanti casi, in ragione d'anno) Ogni richiesta di autorizzazione è corredata da una autocertificazione resa dal dipendente interessato in merito all'attività da svolgersi.

La normativa di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi e dei relativi compensi all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il DFP.

Tali obblighi di comunicazione devono essere assolti con la tempistica richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

E) ROTAZIONE DEL PERSONALE

Rotazione ordinaria

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.

Anac, con l'allegato 2 al PNA 2019, "Rotazione ordinaria del Personale" ha inteso fornire 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 specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), sia a livello dirigenziale che di comparto.

Per quanto attiene il personale dirigenziale non sanitario, 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, in linea teorica, maggiormente soggette a rotazione.

L'allegato 2 al PNA 2019 prevede anche 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.

Tra le misure alternative in caso di impossibilità di rotazione del personale è prevista la distinzione delle competenze (cd. "segregazione delle funzioni") che consiste nell'affidamento delle varie fasi di procedimento appartenente a un'area a rischio a più persone, avendo cura di assegnare la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal Dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale. In Istituto tale misura è stata attuata soprattutto nei settori più a rischio ovvero per quelli per cui si sta procedendo alla mappatura dei processi.

Tale prassi, non riuscendo ad attuare la rotazione degli incarichi nel senso stretto del termine in quanto le materie trattate sono specifiche ed il numero di personale è esiguo, consente comunque di garantire controlli multilivello sugli atti.

Rotazione straordinaria

L'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. 1-quarter del d.lgs. 165/2001, è da considerarsi misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio.

Con l'adozione del proprio Codice di comportamento, l'Istituto ha introdotto l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di applicazione di misure cautelari, di provvedimenti di rinvio a giudizio, di esser stato condannato o di aver avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata un'azione penale.

F) INCONFERIBILITA' – INCOMPATIBILITA' 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.....”.

Con successiva delibera n. 586/2019 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha previsto integrazioni e modifiche alla delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1, 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 sugli obblighi concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali. Con questa ultima deliberazione si è quindi allargata la sfera degli interessati comprendendo i Direttori di Dipartimento; Direttori di Strutture Complesse; Responsabili strutture semplici dipartimentali e strutture semplici.

L'Istituto ha preso 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 approvato .

Al fine di realizzare la relativa misura di prevenzione il responsabile RPCT acquisisce le dichiarazioni relative

all'insussistenza di cause di inconferibilità.

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.

All'atto dell'attribuzione dell'incarico il dipendente deve rendere la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

G) DIVIETI POST EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE)

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 precostituirsi 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:

- in tutti i contratti di assunzione è resa, sotto la propria responsabilità, specifica dichiarazione di non trovarsi in nessuna delle situazioni richiamate dall'art. 53 D.Lgs. 165/2001, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 e dall'art. 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448. Nei contratti sottoscritti dai Direttori di Struttura Complessa o di Struttura Semplice Dipartimentale, oltre a dover dichiarare di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 D.Lgs. 165/2001, è presente un'apposita clausola, ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. n.165/2001 con la quale si specifica che è fatto divieto al Direttore di prestare attività lavorativa, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei

destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente medesimo.

- 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 l'Istituto abbiano esercitato poteri autorizzativi 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 è inserita altresì nelle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti alle procedure di affidamento.

Verrà inoltre predisposta apposita dichiarazione, al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, che il dipendente, Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice Dipartimentale, sottoscrive al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage.

H) TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

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. Tale 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”*.

Il "whistleblowing" è la segnalazione compiuta da un lavoratore che, nello svolgimento delle proprie mansioni, si accorge di una frode, un rischio o una situazione di pericolo che possa arrecare danno all'azienda/ente per cui lavora, nonché a clienti, colleghi, cittadini, e qualunque altra categoria di soggetti. (Autorità Giudiziaria, Corte dei conti, Autorità Nazionale Anticorruzione, Responsabile anticorruzione all'interno del proprio Ente/Azienda): pericoli sul luogo di lavoro, frodi all'interno, ai danni o ad opera dell'organizzazione, danni ambientali, false comunicazioni sociali, negligenze mediche, illecite operazioni finanziarie, minacce alla salute, casi di corruzione o concussione e molti altri ancora.

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, 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.

Anac ha messo a disposizione 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 verrà acquisito nel corso del 2022.

In Istituto, nelle more dell'acquisizione del software programmata per l'anno 2022, è attiva una casella di posta elettronica dedicata trasparenza@cro.it che può essere utilizzata per comunicare con il RPCT. 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. Non sono 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. La segnalazione, ovvero la denuncia, deve essere "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.

I) FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale costituisce una fondamentale misura per la prevenzione della corruzione. Nel corso dell'anno 2021 con Delibera n. 338 è stato recepito il nuovo regolamento delle attività di formazione continua e aggiornamento del personale. 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 2022-2024, l'Ente intende favorire percorsi formativi così articolati:

- Dirigenza sanitaria: Anticorruzione e trasparenza: focus su codice di comportamento e conflitto di interessi;
- Trasversale/Operatori interessati (amministrativi): Anticorruzione e trasparenza: focus su codice di comportamento e assolvimento obblighi di pubblicazione.

Per l'anno 2022 sono state previste due edizioni di ogni corso con focus sugli argomenti su descritti, continuando a garantire la prosecuzione della formazione generale, eventualmente anche con iniziative comuni con le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Le attività di formazione, data la precipua funzione di prevenzione della "corruzione", dovranno essere 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.

5.2. Misure di prevenzione specifiche

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.

Le misure di carattere sistemico poste in essere sono:

- **Protocollo informatico - ITERATTI:** Nel corso dell'anno 2021 è stato introdotto, partendo da alcune strutture selezionate, il sistema di gestione dell'iter documentale di protocollo in entrata ed in uscita. Iteratti permette di garantire immediata visibilità dei documenti gestiti dall'Amministrazione, limitata ovviamente solo agli operatori che ne hanno titolo (la visibilità sui documenti è gestita a livello di configurazione). Per ogni documento è inoltre conservata la traccia del flusso effettuato. In ogni momento è possibile sapere, dei documenti su cui si ha visibilità, chi ha in stato di ricezione il documento e se questo è stato già preso in carico, oltre a ricostruire tutta la cronistoria dell'iter di cui il documento è stato oggetto. L'anno 2022 vedrà la piena applicabilità del sistema a tutte le strutture.
- **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.
- **Informatizzazione dei concorsi-GECO:** nel corso dell'anno 2021 è stato acquisito il software per la gestione informatizzata dei concorsi. E' uno strumento mirato che copre tutte le funzioni necessarie a gestire selezioni interne e selezioni pubbliche di ogni genere: concorsi, avvisi, incarichi professionali, borse di studio. Verifica ammissibilità, valutazione titoli, comunicazioni con i candidati, gestione informatica delle prove, elaborazione graduatorie. È una soluzione flessibile, integrabile e adattabile in ogni momento, in base alle esigenze specifiche.
- **Controlli sulle dichiarazioni sostitutive e di certificazione atto notorio:**
Tale attività si sostanzia nell'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 così come previsto dagli artt. 71 e 72 del DPR n. 445/2000);
- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):** L'Ufficio, istituito con decreto legislativo 29/1993, rappresenta lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie ascoltano e comunicano con i loro diversi interlocutori: i dipendenti e il personale convenzionato, i cittadini-utenti dei servizi, le altre istituzioni locali, regionali e nazionali, le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, la stampa e gli organi di informazione.
I servizi si possono così riassumere:
 - ✓ servizio di assistenza e informazione sulle modalità di accesso all'Istituto, nonché sulle procedure (es. visite, ricoveri, indagini diagnostiche, richiesta certificati);
 - ✓ informazioni sulla struttura organizzativa, responsabili dei procedimenti, orari, sedi di ricevimento, normative di riferimento;
 - ✓ raccolta delle segnalazioni rivolte all'Istituto;
 - ✓ raccolta di proposte e suggerimenti per adeguare e migliorare la qualità dei servizi;
 - ✓ raccolta dei reclami.
 - ✓ Attraverso l'Ufficio, l'Istituto esegue rilevazioni periodiche del livello di soddisfazione dei cittadini che si affidano alle cure sanitarie. I questionari vengono distribuiti all'interno delle strutture

operative per raccogliere opinioni e suggerimenti degli utenti e apprezzarne il grado di soddisfazione. Mediante l'analisi dei dati raccolti, resi pubblici all'utenza, l'Istituto adotta le necessarie misure migliorative.

Sul sito web dell'Istituto è presente una pagina web dedicata dove è anche possibile reperire i moduli per presentare segnalazioni/suggerimenti/reclami /elogi.

Nel corso dell'anno 2021 sono pervenute un totale di 33 segnalazioni di cui 8 riguardavano le misure di contenimento del contagio da Covid poste in essere per l'accesso all'Istituto e 2 relative a ditte esterne che forniscono servizi di ristorazione/trasporto. Le altre sono relative a problemi comunicativi.

6. TRASPARENZA

La trasparenza è uno dei punti cardine dell'anticorruzione, oggetto di normativa specifica.

Il Dlgs 33/2013 così come modificato dal Dlgs 97/2016 ha operato un'estensione dell'ambito della trasparenza intesa come *«accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»*.

La trasparenza acquisisce così, negli intenti del legislatore, un ruolo di primo piano nell'attuazione del principio democratico in quanto concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Stretta poi è l'interrelazione della trasparenza con la prevenzione del rischio corruttivo. Rendendo accessibili ai cittadini informazioni rilevanti riguardanti in particolare il conferimento di incarichi e l'utilizzo del danaro pubblico, la trasparenza ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione nella Pubblica Amministrazione; tanto che, una delle principali novità introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, è stata la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora denominato Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Essa concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche.

Non è quindi solo un mezzo per rendere accessibili i dati ai cittadini ma è utile a rendere i cittadini parte dell'amministrazione tutelandoli consentendo loro di accedere a tutte le informazioni relative alla gestione.

Salvi i limiti previsti dalla normativa quali ad esempio la tutela dei dati sensibili in materia di privacy, sono pubblicate sul sito web dell'Istituto (link Amministrazione Trasparente) tutte le informazioni previste dalla norma secondo l'allegato del D.lgs. 33/2013 e s.m.i. seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione secondo le indicazioni ANAC.

Per ciascun adempimento ed obbligo di pubblicità l'Istituto individua le strutture responsabili della predisposizione e pubblicazione delle informazioni e del periodico aggiornamento come da allegato 7.

La correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni riportate sul sito aziendale è affidata a ciascuna delle strutture detentrici dei dati. Va particolarmente evidenziato che, attesa l'importanza della materia in argomento e la necessità di continuare a sensibilizzare i Responsabili delle strutture, la Direzione Generale ha ritenuto, anche per l'anno 2022, di inserire tra gli obiettivi di budget, in capo ai singoli uffici interessati, la realizzazione dei compiti attribuiti dal Programma della Trasparenza.

Obiettivo 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.

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 "**Mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione**" allegata alle Prime Linee Guida del 28.12.2016 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", allegato 7 al presente piano, per ogni singolo adempimento sono indicati:

- le macrofamiglie e le tipologie di dati ed il relativo riferimento normativo;
- la denominazione del singolo obbligo;
- i contenuti dell'obbligo;
- la tempistica di pubblicazione e aggiornamento dei dati;
- la struttura competente alla elaborazione, produzione e pubblicazione dei dati.

Nel corso dell'anno 2021 è stato istituito un monitoraggio trimestrale relativo agli obblighi di trasparenza e le risultanze dei monitoraggi sono elemento di verifica per il corretto conseguimento dello specifico obiettivo di budget assegnato alle Strutture interessate. Il RPCT, nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di: provvedere alle misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza; controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; segnalare all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità; controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso.

L'attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'attuazione, in generale, degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, sono state sottoposte a verifiche trimestrali trasmesse al RPCT. Non sono state rilevate problematiche.

6.1. Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, gli obiettivi indicati nel programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa ovvero con il Piano della performance, la Relazione annuale sulla performance e il Sistema di misurazione e valutazione della performance. Si intende così far fronte alla necessità di 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, anche per l'anno 2022, 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, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

6.2. Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Come previsto dall'art.1, comma 8 della Legge 190/2012 il Direttore Generale dell'Azienda individua i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione corruzione e trasparenza:

- a) Mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo afferenti la struttura Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane, della struttura Gestione Risorse Economico Finanziaria, del Centro Attività Formative e della Direzione Sanitaria;
- b) Continuo aggiornamento delle attività previste nella griglia di rilevazione utili ai fini della pubblicazione dei dati e delle informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

6.3. Tipologie di accesso

Le tipologie di accesso agli atti pubblici possono essere di tre tipi:

- accesso ai documenti amministrativi e ai documenti sanitari, ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/90 e s.m.i.;
- accesso civico semplice;
- accesso civico generalizzato.

L'accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale") prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di "un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad un situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell'operato della pubblica amministrazione. Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all'ANAC, che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n.241/1990, art. 25. L'accesso documentale deve essere tenuto distinto dall'accesso civico ex D.Lgs 33/2013 (art.5) e dall'accesso generalizzato ex D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016 (art.5, co 2).

L'istituto dell'accesso civico introdotto con il decreto legislativo 33 del 14.03.2013: "Riordino della *disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni*", si sostanzia nel diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo ai sensi del D.Lgs 33/2013. Può essere:

- *semplice*: disciplinato al comma 1 dell'art. 5 d.lgs. 33/2013, che così recita: "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";
- *generalizzato*: disciplinato al comma 2 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, che così recita: "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 presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

La richiesta di accesso è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al responsabile della Trasparenza. Può essere redatta sul modulo appositamente predisposto e presentata tramite una delle seguenti modalità:

- mail: croaviano@cro.it
- PEC: protocollo@pec.cro.it
- posta ordinaria: Centro di Riferimento Oncologico, Via Franco Gallini, 2 - 33081 Aviano PN
- fax al n. 0434-652182
- direttamente presso il Centro di Riferimento Oncologico, ufficio protocollo, Via Franco Gallini, n. 2 - 33081 Aviano PN.

Entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta, l'amministrazione procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale. Se invece il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può rivolgersi al Direttore Generale (mail direzionegenerale@cro.it, tel. 0434 659217), titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art.2 comma 9 bis legge 241/90 e s.m.i. , il quale, dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione dandone contemporaneamente comunicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

E' istituito presso il Centro di Riferimento Oncologico il Registro degli accessi tenendo conto delle tre sezioni sull'accesso generalizzato, accesso civico e accesso ex. L. 241/1990.

Il registro è aggiornato tempestivamente ed è pubblicato nella sezione "Altri contenuti" sotto-sezione "Accesso civico" del link "Amministrazione trasparente".

7. MONITORAGGIO E RIESAME

Il PTPC è un documento di programmazione.

Al fine di porre in atto un'efficace strategia di prevenzione della corruzione è necessario che venga individuato un sistema di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure sia sul piano stesso. L'attività di monitoraggio deve essere svolta prevedendo la collaborazione di tutti gli attori coinvolti: con il RPCT collaboreranno sia i referenti individuati sia l'OIV.

La responsabilità del monitoraggio è in capo al RPCT per quanto, in Istituto, vista la molteplicità degli elementi da monitorare, è stato previsto un sistema a più livelli. In tale sistema il referente di primo livello è il referente individuato ed il secondo è il RPCT.

7.1. Monitoraggio

A seguire si specifica quali erano stati indicati quali obiettivi, correlati anche al ciclo della performance, per l'anno 2021 e quale è stato il livello di raggiungimento:

- 1) **OBIETTIVO:** Istituzione di monitoraggio trimestrale, con cadenza 31/03, 30/06, 30/09, 31/12, utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell'arte indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito;

RISULTATO: Tutte le strutture coinvolte hanno sempre risposto rispettando le scadenze date e non sono mai stati rilevati ritardi o problematiche nell'adempimento dei compiti di pubblicazione.

- 2) **OBIETTIVO:** Adozione regolamento aziendale per le missioni da adottarsi entro il 31/12 – Struttura complessa affari legali e gestione del personale;

RISULTATO: Nel corso dell'anno 2021 si è assistito al cambio di gestionale delle Risorse Umane. Tale innovazione ha causato inevitabilmente un aggravio dei lavori dovendo lavorare per mesi in parallelo con le due procedure e dovendo anche e soprattutto testare il prodotto correggendo gli errori che emergevano nell'applicativo. Ciò ha comportato uno stralcio dell'obiettivo di budget con contestuale riproposizione per l'anno 2022.

- 3) **OBIETTIVO:** Adozione regolamento aziendale che normi l'attività conto terzi e l'utilizzo delle sponsorizzazioni in forma incentivante, per il personale della cosiddetta "Piramide", entro il 31/12 - Struttura complessa affari legali e gestione del personale/ Direzione Scientifica;

RISULTATO: Tale obiettivo è stato rivisto nella declinazione. Si è richiesto di addivenire al recepimento di un accordo che consentisse l'applicazione di quanto previsto dagli artt. 8 e 13 del CCNL del personale della ricerca. Tale obiettivo è stato raggiunto nei termini previsti.

- 4) **OBIETTIVO:** Mappatura dei processi della struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche – Tecnico Strutturali ed Informatiche.

RISULTATO: Tale obiettivo è stato raggiunto nei termini previsti ed è parte integrante del presente piano come allegato 2.

- 5) **OBIETTIVO:** Controllo semestrale dei dati anni precedenti caricati sul sito aziendale che a seguito di migrazione su nuovo applicativo non trovano più corrispondenza con obiettivo, entro il 31/12/21, di correzione di tutti gli errori.

RISULTATO: a seguito del cambio di sito web è stato richiesto a tutti i referenti di apportare le correzioni necessarie alle pagine di propria competenza. Al 31/12/2021 il sito e tutti i link contenuti risultavano funzionanti.

Oltre agli obiettivi sopra declinati, nell'ambito della prenotazione delle visite, è stata istituita l'agenda di pre-appointamento. A partire da giugno 2021 al paziente in follow up oncologico, se non c'è disponibilità di agenda per i controlli nei tempi previsti dalla clinica, il paziente viene inserito in un'agenda di pre-appointamento e gli viene rilasciato il promemoria. Questo consente una gestione trasparente della lista di attesa per il controllo, poiché viene registrato il momento in cui emerge il bisogno del controllo ed il paziente sarà direttamente contattato dalla struttura quando verrà organizzata l'agenda.

Oltre al monitoraggio periodico è prevista, ex art. 1 comma 14 legge 190/2012, la redazione di una relazione annuale da trasmettere all'OIV ed alla Direzione, sulla efficacia delle misure di prevenzione definite nel piano che è stata pubblicata entro il termine previsto del 31 gennaio 2022.

In ogni caso è utile evidenziare che nessuna osservazione e nessun reclamo è stato posto all'Amministrazione sui temi trattati nel piano.

7.2. Azioni di miglioramento per il triennio 2022-2024

Nel corso dell'anno 2022 si prevedono quali obiettivi correlati al ciclo della performance:

- Prosecuzione del monitoraggio trimestrale, con cadenza 31/03, 30/06, 30/09, 31/12, utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell'arte indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito – per tutte le strutture coinvolte;
- Mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo afferenti la struttura Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane, della struttura Gestione Risorse Economico Finanziaria, del Centro Attività Formative e della Direzione Sanitaria;
- Attività di verifica a campione (pari ad almeno il 2%) delle dichiarazioni acquisite in merito all'insussistenza di conflitto di interessi, ovvero in caso di segnalazioni di soggetti interni ed esterni, con, nello specifico, verifica del registro telematico delle imprese per verificare eventuali altre cariche societarie e del portale del Ministero dell'interno contenente l'Anagrafe degli amministratori locali e regionali. Si prevede pertanto l'istituzione di un apposito registro delle dichiarazioni da trasmettere all'RPCT. Il resoconto dei controlli effettuati dovrà essere reso nel corso del monitoraggio relativo all'ultimo trimestre – per tutte le strutture coinvolte;
- Implementazione modulistica informativa relativa al pantouflage tra gli atti dovuti in caso di cessazione per quiescenza – Struttura complessa affari legali e gestione del personale;
- Predisposizione regolamento aziendale per l'attività svolta in libera professione – per tutte le strutture coinvolte;
- Revisione, con aggiornamenti ed implementazioni, del regolamento per la nomina dei componenti le commissioni giudicatrici per l'affidamento di appalti pubblici, servizi, forniture e concessioni - Approvvigionamenti Economato e Logistica Gestione delle Tecnologie Cliniche Tecnico Strutturali ed Informatiche;
- Predisposizione del regolamento per le sperimentazioni - Struttura complessa Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane;
- Revisione del percorso informatizzato per la definizione delle liste operatorie chirurgiche settimanali – Direzione Sanitaria;
- Attivazione di un gruppo di lavoro al fine di assicurare l'attività ispettiva e proposta di regolamento

di funzionamento – Struttura complessa Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane.

Nel corso dell'anno 2022 si prevedono quali ulteriori obiettivi:

- Whistleblowing: acquisizione di una piattaforma che permetta di ricevere e gestire in totale sicurezza e in conformità al dettato normativo le segnalazioni ricevute dagli utenti, beneficiando del massimo grado di riservatezza.
- Revisione setting organizzativo di prenotazione ed incasso che verrà ulteriormente implementato contestualmente alla stesura del capitolato per la nuova procedura di gara che verrà svolta da ARCS.
- Aggiornamento del regolamento per la disciplina dell'attività di informazione scientifica su farmaci e dispositivi medici approvato con delibera n. 578 del 23/12/2019.

8. ADOZIONE, ENTRATA IN VIGORE, PUBBLICITA' ED AGGIORNAMENTI 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.

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

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 salvo proroghe previste per l'anno 2022 che hanno portato il termine al 30 aprile 2022, 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.

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: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 28/04/2022 16:36:05

IMPRONTA: 9DFB43782F2B652A1A9953552006C2D941CC497BB4E91F1B0DAFD03DCE760662
41CC497BB4E91F1B0DAFD03DCE760662190DA0C0860B4825D419366F4510FDBC
190DA0C0860B4825D419366F4510FDBCAC4B4E0708B54E933866170C98FCAF4D
AC4B4E0708B54E933866170C98FCAF4DADB13482C02F675253622FFC16B77E05

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 28/04/2022 16:46:47

IMPRONTA: 8E838AA366F28D835682032564F0F3327CEC704162B4308C7E5DC9CD49EF7142
7CEC704162B4308C7E5DC9CD49EF714223B43F47D548E075CA4A5EEDD8214E09
23B43F47D548E075CA4A5EEDD8214E093F19951E603B4055A19124DD5144A0EB
3F19951E603B4055A19124DD5144A0EB26771B5D0A67FCA47AC44004AA3C4D80

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 28/04/2022 16:53:43

IMPRONTA: 1838C4115F9571B81A85F1C8BA774586BF7E9E9A9317B6267F1DB258EC5E3014
BF7E9E9A9317B6267F1DB258EC5E3014340A11366E81F83F2EFE2E682BDAE274
340A11366E81F83F2EFE2E682BDAE2744176EE9CEF232CF3CCF6875F2ABA904
4176EE9CEF232CF3CCF6875F2ABA9041812A075D338D6682E1B14117A8B35FF

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 28/04/2022 17:13:07

IMPRONTA: 2C2922AAC4BCF7C5829FEA19531B0ED0548A0A1E876F976A8D73287C4205086D
548A0A1E876F976A8D73287C4205086DE3DBB166CE9180A01365927F988A794A
E3DBB166CE9180A01365927F988A794A3126948622841715A47C54DC3EA0EA96
3126948622841715A47C54DC3EA0EA96C3743C258C0BD7F8CF46999EC239AE0B

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 28/04/2022 18:22:55

IMPRONTA: 68E3CC57423193BE8262C3161A0BBE51023E6985807EC64911CB1441BF075970
023E6985807EC64911CB1441BF075970DE6F2A3F751E7A670C18CFA55360A7F4
DE6F2A3F751E7A670C18CFA55360A7F4ADDFC0CCBAF5FEBE0E9AF07146B04DF6
ADDFC0CCBAF5FEBE0E9AF07146B04DF63FFE4211C1CE438ECDC93D5FA0F5F072

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 28/04/2022 18:38:56

IMPRONTA: 13DDF69432C3D735E8A222E210CBE9E9D993B2A458E86A426B7DAA6E1CB3C882
D993B2A458E86A426B7DAA6E1CB3C8827C7EF02484C4DA5B3E9A15D7DC12DD35
7C7EF02484C4DA5B3E9A15D7DC12DD35676DB46CE5F0850C7F97BC3DB232FDE5
676DB46CE5F0850C7F97BC3DB232FDE54A16662464B387B2A086F09D6C768A8F