

# Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023

*(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 Contesto normativo.....	3
1.2 Finalità.....	4
2. TRASPARENZA.....	5
2.1. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).....	5
2.2. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l’individuazione dei contenuti del piano.....	6
2.3. Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento.....	6
2.4. I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza.....	7
2.5. Altri soggetti che partecipano all’elaborazione del PTPCT.....	7
2.6. Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....	8
2.7. Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance.....	9
2.8. Accesso civico.....	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.....	19
4. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	20
4.1. L’identificazione del rischio.....	20
4.2. L’analisi del rischio.....	21
4.3. La ponderazione del rischio.....	22
5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	22
5.1. Identificazione delle misure di prevenzione.....	22
5.1.1. Misure di prevenzione generali.....	23
5.1.2. Misure di prevenzione specifiche.....	35
5.2. PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE.....	36
6. MONITORAGGIO E RIESAME.....	37
6.1. Monitoraggio.....	37
6.2. Azioni di miglioramento per il triennio 2021-2023.....	37
7. ADOZIONE, ENTRATA IN VIGORE, PUBBLICITA’ ED AGGIORNAMENTI DEL PTPCT.....	38

## 1. PREMESSA

Con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, l’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha approvato il nuovo Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019- 2021. L’ANAC, concentrando la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale ha deciso di rivedere e consolidare in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite negli anni, integrandole con gli orientamenti maturati nel corso del tempo e oggetto di appositi atti regolatori.

L’intendimento dell’Autorità è proprio quello di agevolare il lavoro delle amministrazioni, tenute a recepire nei loro piani anticorruzione le indicazioni contenute nel PNA. Facilitare le amministrazioni significa aver messo a disposizione uno strumento di lavoro *friendly* che consentirà di sviluppare e attuare le misure di prevenzione della corruzione in maniera più semplice.

L’obiettivo è quello di ottimizzare e razionalizzare l’organizzazione e l’attività delle amministrazioni, per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo i principi delle 3 E (efficacia, efficienza ed economicità).

L’Autorità con il nuovo piano ha ribadito ulteriormente il concetto di corruzione, delineato nella L.190/2012, che sta alla base di tutte le misure di prevenzione, confermando che la stessa va intesa in senso lato, ovvero allargato, configurandosi tutte le volte che si manifestano *“situazioni, condizioni, organizzative ed individuali – riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione – che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio”*.

Le indicazioni contenute nelle parti generali dei PNA e degli aggiornamenti, adottati sino all’anno 2019, si intendono pertanto superati.

### 1.1 Contesto normativo

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190 pubblicata in Gazzetta Ufficiale in data 13 novembre 2012, n. 263 ed entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”*. Tale legge ha rivisto e normato l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dei relativi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

La *“legge anticorruzione”* è stata successivamente modificata dal D.Lgs. 25-5-2016 n. 97 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*.

Le principali novità del d.lgs. 97/2016 riguardano sia il definitivo chiarimento sulla natura, sui contenuti e sul procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, la definitiva delimitazione dell’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria sia, in particolare, la figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) che è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. Tale disciplina è volta infatti ad unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

## 1.2 Finalità

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 si realizza attraverso un'azione coordinata tra un livello nazionale ed uno "decentrato".

La strategia, a livello nazionale, si realizza mediante l'adozione, da parte di ANAC, del PNA. Tale Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni.

A livello decentrato, pertanto, ogni amministrazione o ente definisce un proprio piano che deve essere predisposto ogni anno entro il 31 gennaio e che deve necessariamente tenere conto delle proprie specificità sia organizzative che funzionali. Fa eccezione l'approvazione del piano relativo al triennio 2021-2023 il cui termine per l'approvazione è stato prorogato al 31 marzo considerato il perdurare dell'emergenza.

Ai singoli enti spetta pertanto la valutazione e gestione del rischio corruttivo attraverso un sistema i cui punti cardine sono l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

## 2. TRASPARENZA

### 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 rilevati 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. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti 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:

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

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

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

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

Per quanto riguarda la fase di definizione, l'azienda ha pubblicato sul proprio sito istituzionale un avviso per l'adozione del piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2021-2023 al fine di acquisire, per l'aggiornamento del piano 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 dedicata [trasparenza@cro.it](mailto:trasparenza@cro.it) per raccogliere i suggerimenti ed i feedback relativi alla qualità delle informazioni pubblicate.

## 2.4. I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

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

Sono stati individuati quali Referenti:

I Direttori Sanitario, Scientifico, Amministrativo

I Direttori delle Strutture Operative Complesse Affari Legali e Gestione del Personale, Approvvigionamenti, Economato e Logistica, Gestione Risorse Economico-Finanziarie, Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche;

Il Dirigente Responsabile SOSD Controllo di Gestione;

I Dirigenti CAF e delle Professioni Sanitarie

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.

## 2.5. Altri soggetti che partecipano all'elaborazione del PTPCT

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

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

- a. L'Organismo Interno di Valutazione O.I.V.;
- b. il Collegio Sindacale quale ulteriore organo di controllo interno;
- c. tutti i dipendenti dell'Istituto.

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

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

Per il coinvolgimento degli attori esterni, è stato pubblicato un avviso per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione– PTPC 2021-2023 comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità – PTTI 2021-2023 che è stato pubblicato su "Amministrazione Trasparente",

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

Sulla home page del sito istituzionale aziendale [www.cro.it](http://www.cro.it) è attiva la sezione “Amministrazione Trasparente”, implementata a cura del RPCT in ottemperanza alle prescrizioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 e alle indicazioni di cui alla Delibera ANAC n.1310/2016 avente ad oggetto “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”.

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”.

## 2.6. 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) Implementazione dei dati presenti sul sito web aziendale che è stato revisionato completamente a far data dal 01/03/2021;
- b) graduale implementazione della mappatura dei processi: mappatura procedimenti afferenti la struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-strutturali e Informatiche;
- c) implementazione delle attività previste nella griglia di rilevazione utili ai fini della pubblicazione dei dati e delle informazioni nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale.

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

Il personale è stato formato alla gestione dei flussi informativi ed è stato garantito il trasferimento/implementazione delle informazioni sul sito.

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

In merito si è provveduto a recepire la “**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 3 al presente piano, per ogni singolo adempimento sono indicati:

- le macrofamiglie e le tipologie di dati;
- 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.

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



## 2.7. 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 piano 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. Il presente piano intende 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 per l'anno 2021 prevederanno, in continuità con quanto già previsto negli anni precedenti, un'apposita sezione dedicata agli obiettivi a carico dei responsabili dei vari uffici finalizzati agli adempimenti previsti con il presente piano, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

## 2.8. Accesso civico

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](mailto:croaviano@cro.it)
- PEC: [protocollo@pec.cro.it](mailto: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](mailto: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.

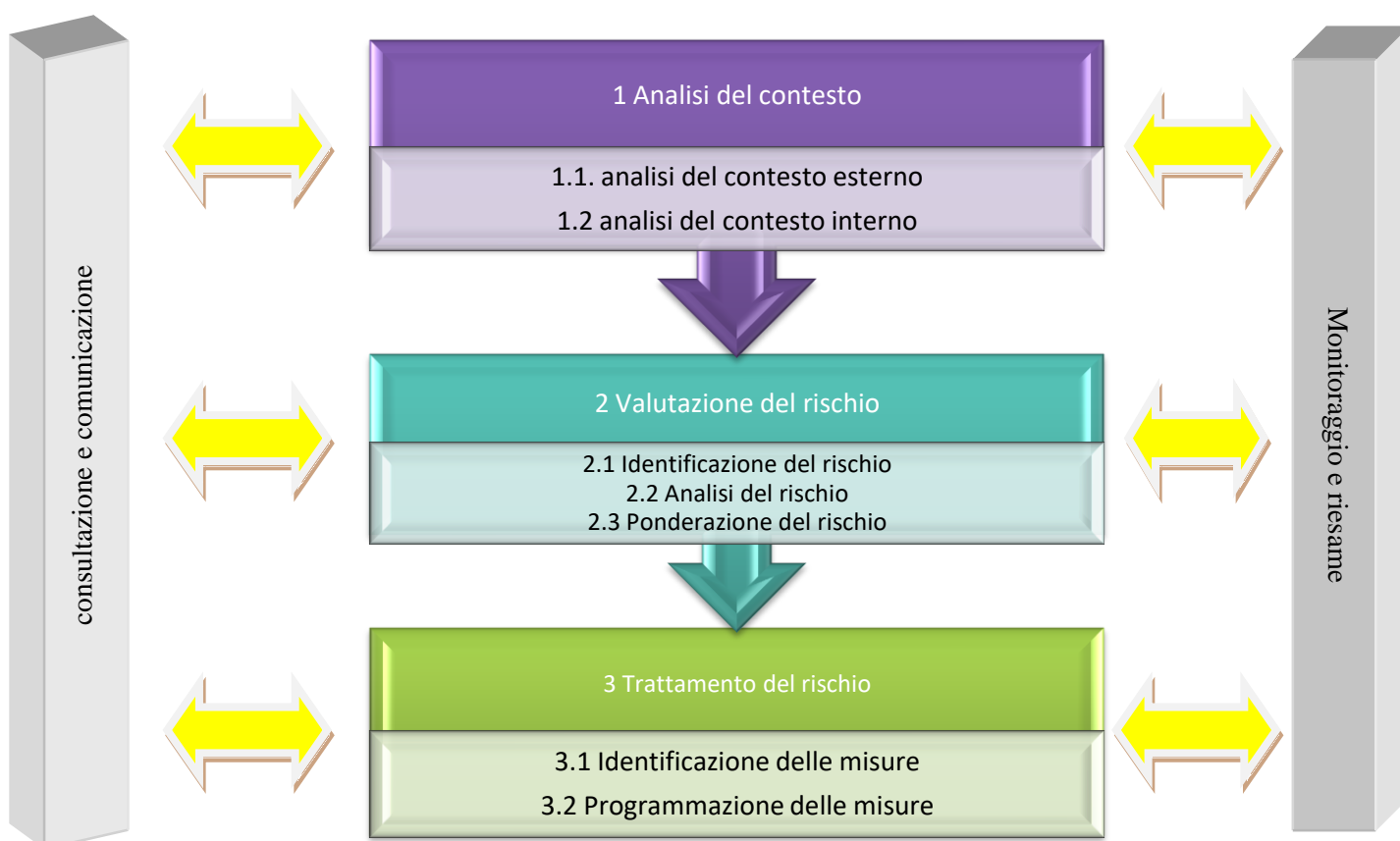
E' istituito presso il Centro di Riferimento Oncologico il Registro degli accessi tenendo conto delle tre sezioni sull'accesso generalizzato, accesso civico e accesso ex. L. 241/1990.

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

### 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 queste fasi 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.

È 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'economia mondiale nella prima metà del 2020 ha affrontato la battuta di arresto più profonda dalla Seconda Guerra Mondiale, a causa del diffondersi della pandemia da Covid-19. Nel bollettino economico di ottobre 2020, il Fondo Monetario Internazionale stima una contrazione dell'attività globale per l'anno in corso pari a -4,4%, mentre nel 2021 ci sarebbe un rimbalzo di 5,2 punti percentuali. Il PIL delle economie avanzate nel 2020 subirebbe un calo del 5,8%, quello delle economie emergenti del 3,3%.

La maggiore contrazione del PIL si è manifestata nel II trimestre, sia nelle economie avanzate sia nei Paesi emergenti, esclusa la Cina. A pesare è stata soprattutto la flessione dei consumi privati, in particolare nel comparto dei servizi. È aumentata significativamente la propensione al risparmio delle famiglie, a causa del clima di incertezza sul prossimo futuro.

Nel corso del 2020, l'emergenza sanitaria da Covid-19, il conseguente lockdown e le misure di distanziamento imposte hanno impattato significativamente anche sull'economia nazionale, determinando una caduta delle attività economiche senza precedenti: il PIL è calato, in termini congiunturali, del 5,5% nel primo trimestre e del 13,0% nel secondo. In seguito all'allentamento delle misure di prevenzione dal mese di maggio e grazie agli interventi di politica economica è iniziata una ripresa, sebbene i livelli pre Covid-19 siano ancora lontani.

Secondo le previsioni Prometeia di ottobre il PIL del Friuli Venezia Giulia, a valori correnti, si attesterà a fine 2020 a 35,5 miliardi di euro, perdendo quasi 3,2 miliardi nel confronto con un anno prima.

Per quanto concerne le prospettive per l'occupazione in FVG è prevista una riduzione di 47 mila unità di lavoro totali, pari a -9,2%, il dato migliore tra le regioni italiane. Il reddito disponibile delle famiglie in termini reali fletterà in FVG dell'1,8%, la variazione è la più contenuta tra le regioni italiane. Nel corso del prossimo anno il recupero sarà dell'1,4%, come a livello nazionale. Nell'ambito dell'analisi dell'andamento dei settori produttivi e più nello specifico nell'area "qualità della vita" è stato rilevato che cittadini del FVG si rivelano più soddisfatti dei connazionali in diversi ambiti della vita quotidiana. È aumentata infatti la quota di coloro che valutano positivamente la propria condizione economica (dal 59,4% al 62%) così come è migliorata la percezione delle proprie condizioni di salute (dall'80,2% al 80,6%);

Sono minori le difficoltà legate al raggiungimento dei principali servizi pubblici, per esempio dichiara non facilmente raggiungibili le farmacie il 14,8% dei cittadini del FVG ed il 16,4% della media nazionale; il pronto soccorso il 46,4% dei cittadini del FVG e il 52,5% della media nazionale. È inoltre migliore l'esperienza di fruizione del servizio. Il 65,4% degli utenti che si sono recati in anagrafe dichiarano che l'orario di apertura è molto o abbastanza comodo e il 44,9% ha atteso il proprio turno allo sportello per meno di dieci minuti (39,3% il dato medio nazionale). Anche chi si è recato nelle ASL del FVG giudica

molto o abbastanza comodo l'orario di apertura (76,6% degli utenti contro il 65,5% della media nazionale)<sup>1</sup>.

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 (718 unità al 31 dicembre 2020) 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 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 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 CRO è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore oncologico. Persegue quindi, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di sanitarie di alto livello. Le norme attribuiscono altresì all'IRCCS CRO compiti di alta formazione specifica.

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

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

<sup>1</sup> Dati estratti da "Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Tendenze macroeconomiche- novembre 2020"

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

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano inoltre promuove:

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

Il CRO regola la propria attività tenendo conto:

- dei valori e delle priorità nella ricerca e innovazione biomedica e sanitaria così come definite dai piani regionali, nazionali, della Comunità Europea, dell'OMS, delle Società Scientifiche e della letteratura internazionale;
- della domanda di prestazioni sanitarie valutata secondo i criteri di appropriatezza e di priorità clinica, al fine di assicurare anche la massima tempestività dell'offerta, integrata nelle reti e nei contesti territoriali;
- della necessità di assicurare ottimale fruizione dei servizi per mezzo di un'adeguata ampia

- informazione sull'organizzazione e le modalità di accesso;
- dell'EBM (Evidence Based Medicine) nella pratica clinica;
- dell'EBN (Evidence Based Nursing) nella pratica assistenziale;
- dell'EBHC (Evidence Based Health Care) nell'erogazione dei servizi;
- dell'Health Technology Assessment;
- dei principi delle reti HPH (Health Promoting Hospital) relativamente all'empowerment dei cittadini e dei professionisti e degli operatori sanitari;
- dei sistemi di valutazione dell'efficienza comparativa, costo-efficacia e rischio-beneficio;
- della qualità percepita interna ed esterna;
- di necessità formative correlate con le prospettive programmatiche e di sviluppo dell'Istituto;
- del rispetto dei diritti dei lavoratori, attraverso l'osservanza della normativa vigente, dei dettati contrattuali e di una corretta gestione delle relazioni sindacali promuovendone altresì l'informazione e la partecipazione;
- della centralità del cittadino-utente, dell'umanizzazione e della sicurezza dei processi assistenziali;
- della riduzione dei rischi e della promozione della sicurezza e salute dei lavoratori.

Il CRO è impegnato a:

- programmare e condurre attività innovative nell'ottica della ricerca traslazionale;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo oncologico, anche tenendo conto delle variazioni demografiche, generali ed individuali della popolazione, valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato oncologico considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenza di pluripatologie anche al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e promuovere offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie;
- incrementare la ricerca attraverso la valorizzazione di attività volte al conseguimento di risorse finalizzate;
- migliorare la conoscenza dell'eziologia delle malattie oncologiche e delle condizioni ad esse associate, all'identificazione di nuovi modelli e modalità di prevenzione, diagnosi, assistenza e terapia, anche nella prospettiva della continuità con i servizi territoriali e/o le reti ospedaliere;
- erogare prestazioni sanitarie a persone di interesse oncologico o con rischio ad esso correlato;
- attuare l'assistenza e la cura interdisciplinare dei pazienti con tumore provvedendo altresì al successivo controllo periodico ed assicurando un adeguato supporto di riabilitazione fisica e psicologica e un opportuno sostegno ai familiari;
- costituire riferimento per enti ed istituzioni, pubbliche o private, per pareri e approfondimenti relativi a patologia oncologica correlabile a esposizioni lavorative o ambientali o altri fattori di rischio;
- fornire consulenze, anche in forma di seconda opinione, diretta o a distanza, in campo oncologico;
- svolgere funzione di riferimento regionale del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia e promuovere le interazioni con le reti dei Registri Tumori Italiani ed internazionali;
- provvedere alla raccolta, alla elaborazione ed alla diffusione di informazioni concernenti i dati epidemiologici ed i fattori causali dei tumori anche partecipando a programmi di educazione

- sanitaria allo scopo della prevenzione dei tumori;
- svolgere attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con Università e con altre Istituzioni nazionali ed internazionali;
- partecipare, nell'ambito dei propri fini istituzionali, alla realizzazione di programmi indicati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, dai programmi della Commissione Europea e delle Agenzie Internazionali nonché supportare altre iniziative promosse dalla Regione nel campo della cooperazione internazionale;
- contribuire al funzionamento di Alleanza Contro il Cancro;
- stabilire opportune ulteriori forme di collaborazione nel settore Oncologico con enti, istituzioni, laboratori di ricerca italiani e stranieri, al fine di realizzare e sviluppare sinergie nel campo della ricerca scientifica, della formazione, dell'assistenza, e di contribuire al miglioramento dello stato di salute anche in aree geografiche e popolazioni individuate da specifici accordi;
- promuovere collaborazioni con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela di utenti operanti nei campi di interesse oncologico, al fine di realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per incrementare sinergie di crescita e di miglioramento, anche finalizzate alla qualità dell'accoglienza, alla conoscenza e al soddisfacimento dei bisogni non assistenziali, al rilevamento della qualità percepita;
- collaborare con Enti ed Istituti nazionali e regionali per iniziative di formazione e aggiornamento in ambito oncologico rivolte a personale sanitario;
- predisporre strumenti integrati di valutazione sull'impatto delle azioni attuate rispetto ai soggetti pubblici e privati, coinvolti e destinatari delle stesse, anche mediante metodologie di "bilancio sociale";
- svolgere, ai sensi dell'art. 8, comma 7, D.Lgs. 288/2003, attività di alta formazione nell'ambito della disciplina e della attività di riferimento che è l'oncologia.

L'organizzazione dell'Ente è stata definita in sede di approvazione dell'Atto Aziendale cui è seguito il regolamento attuativo.

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.

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. Una prima mappatura dei processi è stata realizzata considerando, in prima istanza, le "Aree di rischio" previste dalla L. 190/2012 che il PNA 2019 definisce nell'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" come "Aree comuni a tutte le Amministrazioni" (Area Contratti Pubblici, Area acquisizione e gestione del personale, Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio). Per ciascuna delle suddette Aree sono stati individuati i relativi "macro processi", con la collaborazione dei dirigenti e dei responsabili apicali.

Oltre alle Aree comuni alle varie amministrazioni ed individuate nel PNA 2019 sono state mappate 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) nonché "aree di settore" che comprendono gli ulteriori "processi" della Direzione Scientifica e del Centro Attività Formative.

Tale prima analisi è contenuta nell'allegato 1 ed è utile come base al fine di porre in atto la transizione al nuovo sistema di mappatura voluto da ANAC.

Il PNA 2019 ha previsto che venga fatta la mappatura di tutti i processi che interessano l'Istituto e che gli stessi vengano poi scomposti in fasi così da poterne analizzare il rischio. L'attività richiesta comporta un cambio di impostazione importante che non è possibile attuare se non nell'arco del triennio.

## 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, si è ritenuto utile definire come oggetto di analisi i processi rappresentativi all'interno della struttura operativa Approvvigionamenti, economato e logistica e scomporli al loro interno nelle attività che sono state ritenute maggiormente rischiose durante il processo di identificazione. 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 il Direttore ed il RPCT che hanno portato alla mappatura del processo di "Affidamento e gestione dei contratti" individuando cinque 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 essere sono sufficienti.

Nell'ambito degli appalti per acquisizioni beni e servizi 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.

#### 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 possono essere rilevate da soggetti esperti piuttosto che in forma di autovalutazione del dirigente a capo del processo interessato (self assessment) Le valutazioni scelte devono necessariamente esser basate su dati oggettivi, salvo loro indisponibilità.

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si procede alla misurazione degli indicatori utilizzati applicando una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso).

Si perverrà così ad 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.

### 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*».

E' utile al fine 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

## 5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di 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.

### 5.1. Identificazione delle misure di prevenzione

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.

### 5.1.1. Misure di prevenzione generali

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

#### A) LA 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»*.

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.

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

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

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

Il RPC cura:

- la pubblicazione dei Codici sul sito istituzionale;
- la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'Istituto che 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.

Al fine di superare le criticità riscontrate nella prassi delle amministrazioni nell'adozione e nell'attuazione dei codici, ANAC sta predisponendo nuove linee guida, cui l'Istituto, se necessario, provvederà ad adeguarsi

### C) ROTAZIONE DEL PERSONALE

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

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.

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

- dal 01/02/2019 ha preso servizio (in comando da altra azienda del SSR e poi trasferito) un nuovo dirigente amministrativo al quale è stato conferito l'incarico di Direttore della struttura complessa Approvvigionamenti, Economato e Logistica. Tale dirigente ha avuto altro incarico presso diversa Amministrazione a far data dal 10/06/2019. La struttura è stata retta da un facente funzioni fino al 10/07/2019 momento in cui è stata affidata ad un dirigente in comando da altro Ente.

- Dal 01/02/2019 ha avuto l'incarico di Direttore degli Affari Generali un nuovo dirigente in sostituzione del titolare che ha avuto incarico di Direttore Amministrativo presso altra aziende del SSR, sostituito a sua volta da altro dirigente in data 01/03/2021.

Ciò premesso si può considerare che la rotazione dei dirigenti nei settori più a rischio (personale e acquisizione beni e servizi) si sia sostanzialmente verificata nel corso degli ultimi anni.

L'allegato 2 al PNA 2019 prevede che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi.

Tra le misure alternative previste in caso di impossibilità di rotazione del personale Anac prevede:

- l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze:

ciò comporta che nelle aree a rischio le varie fasi procedurali siano affidate a più persone facendo in modo che la responsabilità del procedimento sia sempre in capo a soggetto diverso dal dirigente cui compete l'adozione dell'atto finale;

- la doppia sottoscrizione degli atti con la previsione di firma, a garanzia della correttezza e legittimità, sia del soggetto istruttore che del titolare del potere di adozione.

*“L'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze”* in Istituto, è stata attuata soprattutto nei settori più a rischio individuati nell'allegato 1. In queste aree il referente del procedimento/istruttoria (ovvero responsabile istruttoria non avendo un numero tale di dirigenti da poter applicare un duplice controllo) non coincide mai con il dirigente cui compete l'adozione finale.

Per quanto riguarda *“la doppia sottoscrizione degli atti”* è prevista per gli atti trasversali alle Direzioni e che comportano un'uscita di denaro in favore di soggetti terzi (dipendenti e non) all'amministrazione. A titolo esemplificativo ma non esaustivo tale pratica viene attuata quando si devono rimborsare le missioni che gravano su fondi di ricerca: l'istruttoria viene fatta da un dipendente afferente la direzione scientifica, avallato dal direttore scientifico, controllato dagli uffici del personale che fanno capo alla direzione amministrativa e poi inviato all'ufficio bilancio per il pagamento. Tutti i soggetti coinvolti firmano l'atto.

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 personal è esiguo, consente comunque di garantire controlli multilivello sugli atti.

## D) CONFLITTO DI INTERESSE

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

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

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

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

Il conflitto di interessi viene classificato in:

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

Il tema del conflitto di interessi è stato trattato dal D.P.R. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”. In particolare, l’art.5 fa espresso divieto ai dipendenti di partecipare ad associazioni o ad organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall’Ente; sussiste in ogni caso un obbligo di tempestiva comunicazione nel caso in cui gli stessi partecipino ad associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento di attività d’ufficio, esclusa l’adesione a partiti politici o sindacati.

Destinataria delle suddette comunicazioni è la 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. L’art.6, comma1, prevede che i dipendenti comunichino al responsabile della struttura di assegnazione tutti i rapporti di collaborazione propri, o di parenti o affini entro il secondo grado, o del coniuge o del convivente, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni, precisando se tali rapporti

siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al proprio ufficio, limitatamente alle attività ad essi affidate. E' inoltre vietato avere direttamente o indirettamente interessi economici in enti, imprese e società che operano in settori di interesse istituzionale dell'Istituto. Da ultimo l'art.6 prevede l'obbligo di astensione dei dipendenti dalla propria attività di ufficio in ogni ipotesi di conflitto di interessi, anche potenziali:

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

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

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

- le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge;
- se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;

All'interno dell'istituto è particolarmente sentito il tema del conflitto di interessi soprattutto nel rapporto tra Dirigenti medici e case farmaceutiche.

E' stato anche approvato con delibera n. 578 del 23 dicembre 2019 un regolamento utile a disciplinare l'attività di informazione scientifica su farmaci e dispositivi medici nonché un regolamento, approvato con delibera n. 596 del 30/12/2019 sulla partecipazione ad eventi formativi esterni all'istituto con spese a carico di soggetti privati (sponsorizzazioni individuali). In entrambi i regolamenti sono previsti sistemi di controllo/monitoraggio dell'attività svolta.

E' utile evidenziare che, data la complessità del tema soprattutto in ambito sanitario, l'Istituto ha operato la scelta maggiormente restrittiva nel proprio regolamento, 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.

## **E) 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 o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”*. Tale previsione trova applicazione anche nella fase di esecuzione dei contratti pubblici.

La presenza, anche potenziale, di un conflitto di interessi determina la necessaria astensione del personale che è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante.

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

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

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

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

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

Per ciascuna procedura devono essere garantiti l'archiviazione ed il monitoraggio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse.

### *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 appartenenza. Qualora la situazione di conflitto riguardi i responsabili, questi dovranno rivolgersi alla Direzione competente.

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.

## **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 varie Delibere dell'ANAC in ordine alla interpretazione e all'applicazione del D.Lgs. 39 /2013 alla Dirigenza del settore sanitario.

All'atto del conferimento degli incarichi di funzione dirigenziale deve essere acquisita dagli interessati una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ai sensi del d.lgs. 39/2013 (art. 20, comma 1). Nel corso dell'incarico, i dirigenti sono altresì tenuti a presentare annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo (art. 20, comma 2).

Il d.lgs. 39/2013 ha disciplinato diverse ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità dei incarichi presso le PA, le società, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

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.

## **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:

- nei contratti di assunzione del personale dirigenziale con incarico di direzione di struttura complessa è prevista un'apposita clausola che sancisce il divieto di prestare attività, a titolo di lavoro subordinato o autonomo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego con l'Istituto in favore dei soggetti privati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi adottati o conclusi con l'apporto decisionale del dipendente medesimo negli ultimi tre anni di servizio, pena la nullità del contratto di lavoro/incarico dell'ex dipendente con il soggetto privato e fatta salva l'azione giudiziale dell'Istituto diretta ad ottenere il risarcimento del danno nei confronti dell'ex dipendente;
- nei bandi di gara e nei capitolati speciali apposita clausola che faccia espresso riferimento alla condizione soggettiva degli operatori economici partecipanti di non avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Istituto nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di impiego e che negli ultimi tre anni di servizio presso il CRO abbiano esercitato poteri 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 deve essere inserita altresì nelle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti alle procedure di affidamento.

## **H) TUTELA DEL WHISTLEBLOWER**

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

La tutela del *whistleblower* è un dovere di tutte le amministrazioni pubbliche le quali, a tal fine, devono assumere "concrete misure di tutela del dipendente" da specificare nel piano triennale di prevenzione della corruzione. La legge 190/2012 ha aggiunto al d.lgs. 165/2001 l'articolo 54-bis. 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".

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

Il piano nazionale anticorruzione prevede, tra azioni e misure generali per la prevenzione della corruzione e, in particolare, fra quelle obbligatorie, che le amministrazioni pubbliche debbano tutelare il dipendente che segnala condotte illecite. Il pna impone alle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1 comma 2 del d.lgs. 165/2001, l'assunzione dei "necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni". Le misure di tutela del whistleblower devono essere implementate, "con tempestività", attraverso il piano triennale di prevenzione della corruzione.

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

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. Il rpc riceve le segnalazioni alla casella di posta elettronica: anticorruzione@cro.it. Le condotte illecite segnalate, comunque, devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» e, quindi, ricomprendono certamente quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale. In caso di trasferimento, comando, distacco (o situazioni analoghe) del dipendente presso un'altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione. In tale ipotesi, l'amministrazione che riceve la segnalazione la inoltra comunque all'amministrazione cui i fatti si riferiscono, secondo criteri e modalità da quest'ultima stabilite, o all'a.n.ac.. Non sono invece meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: ciò in quanto è necessario sia tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia evitare che l'amministrazione o l'ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e comunque dispendiose. In ogni caso, considerato lo spirito della norma – che è quello di incentivare la collaborazione di chi lavora all'interno delle pubbliche amministrazioni per l'emersione dei fenomeni corruttivi – ad avviso dell'autorità non è necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, essendo invece sufficiente che il dipendente, in base alle



proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nel senso sopra indicato. Nel caso si ravvisino elementi di non manifesta infondatezza del fatto, il responsabile inoltra la segnalazione ai soggetti terzi competenti - anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti - quali:

- il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- l'ufficio procedimenti disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'autorità giudiziaria, la corte dei conti e l'ANAC, 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.

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.

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

Sulla gazzetta ufficiale n. 291 del 14.12.2017 è stata pubblicata la legge n. 179 in data 30.11.2017 recante "disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato". Il provvedimento tutela i cosiddetti "whistleblower", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito. Per quanto riguarda la pubblica amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il dipartimento della funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del

dipendente motivati da ragioni estranee alla segnalazione. nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

Con comunicato del presidente in data 15.01.2019 l'autorità ha reso noto la messa a disposizione per il riuso dell'applicazione informatica "whistleblower" per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del d.lgs. n. 165/2001 e previsto dalle linee guida di cui alla determinazione n. 6 del 2015.

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

## I) FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la diffusione di conoscenze omogenee tra i dipendenti, che consente di realizzare la rotazione del personale;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra le diverse esperienze e prassi amministrative adottate nelle varie strutture dell'Istituto, attraverso la presenza 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 2021-2023, l'Ente intende favorire percorsi formativi articolati su due livelli:

- livello generale: rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità anche con formazione a distanza;

- livello specifico: rivolto soprattutto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai referenti del RPCT, ai dirigenti ed al personale addetti alle aree a rischio.

In ogni annualità sarà comunque garantita la prosecuzione della formazione generale, in aggiornamento obbligatorio o facoltativo, e di formazione specifica, eventualmente anche con iniziative in house o comuni con le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

E' prevista inoltre, in FAD, la partecipazione del RPCT e dei suoi referenti ad un corso richiesto da ARCS per gli enti del SSR ed organizzato da SNA (Scuola Nazionale dell'Amministrazione) su "La funzione dei Responsabili e Referenti dell'anticorruzione".

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

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

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

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

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

### 5.1.2. Misure di prevenzione specifiche

#### Informatizzazione dei processi

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

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

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

- **Protocollo informatico:** da oltre 10 anni è attivo il Sistema di Protocollo Informatico per la gestione delle attività di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e conservazione dei documenti, nonché

per la gestione dei flussi documentali e dei procedimenti dell'Istituto nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza.

- **Dematerializzazione:** la gestione dei documenti informatici prodotti dall'Istituto rappresenta un obiettivo strategico essendo stati già avviati processi di dematerializzazione in diversi ambiti di azione. In particolare, l'Istituto ha già implementato un sistema di firma digitale dei documenti informatici, di referti medici, di atti deliberativi e determinazioni dirigenziali, con conseguente archiviazione digitale, rispondendo ai dettami normativi e contestualmente alla riduzione della produzione cartacea e all'ottimizzazione degli spazi, migliorando al contempo la fruibilità e l'accessibilità dei documenti nel rispetto delle norme relative all'obbligo di conservazione.
- **Sistema automatico di rilevazione presenze e gestione del personale:** tutto il personale dell'Istituto sta utilizzando un programma per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie, riposi compensativi e omissioni di timbratura ecc.) in luogo della modulistica cartacea. La procedura è stata progressivamente estesa anche a permessi retribuiti di vario genere (L. 104, visite/terapie, lutto, matrimonio, partecipazione a concorsi ecc).
- **Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio**

Tale attività si sostanzia in:

- a. l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del DPR 445/2000 (artt. 71 e 72 del DPR n. 445/2000);
- b. la razionalizzazione organizzativa dei controlli di cui al punto a) mediante potenziamento del servizio ispettivo dell'amministrazione (art. 1, c. 62, L. 662/1996) rispetto a tutte le verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 DPR 445/2000).

## 5.2. PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. La programmazione delle misure 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 scadenzata 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.

## **6. 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.

### **6.1. Monitoraggio**

L'attività di monitoraggio per l'anno 2020 è stata svolta con cadenza quadrimestrale per quanto concerne gli obblighi di trasparenza. Cadenza annuale al 31/12/2020 invece era stata data al Responsabile della Struttura complessa Approvvigionamenti economato e logistica, correlandola al ciclo della performance, per la mappatura dei processi afferenti la sua struttura e la valutazione dei rischi con indicazione delle misure di trattamento.

L'assolvimento degli obblighi di trasparenza e la mappatura dei processi erano obiettivi comuni al piano ed al ciclo della performance.

Si provveduto inoltre ad:

- implementare e migliorare le sezioni relative all'accesso civico predisponendo modulistica dedicata per accesso civico semplice, generalizzato e richiesta riesame, pubblicata sia in formato PDF/A sia in ODS;
- Implementazione sezione dedicata alle liste d'attesa con pubblicazione mensile dei dati relativi all'Istituto.

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.

In ogni caso è utile evidenziare che nessuna osservazione e nessun reclamo è stato posto all'Amministrazione.

### **6.2. Azioni di miglioramento per il triennio 2021-2023**

Nel corso dell'anno 2021 si prevedono quali obiettivi correlati al ciclo della performance:

- 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;
- Adozione regolamento aziendale per le missioni da adottarsi entro il 31/12 – Struttura complessa affari legali e gestione del personale;
- Adozione regolamento aziendale che normi l'attività conto terzi e l'utilizzo delle sponsorizzazioni in forma incentivante entro il 31/12 - Struttura complessa affari legali e gestione del personale/ Direzione Scientifica;
- Mappatura dei processi della struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche – Tecnico Strutturali ed Informatiche.

Come ulteriori obiettivi:

- Controllo semestrale dei dati, anni precedenti, caricati sul sito aziendale che a seguito di migrazione su nuovo applicativo non trovano più corrispondenza; l'obiettivo è di pervenire, entro il 31/12/21, alla correzione di tutti gli errori.
- Implementazione, nelle pagine individuali del sito, di curricula e dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità secondo gli standard di pubblicazione.
- Revisione del regolamento per l'accettazione di donazione di beni, comodato d'uso gratuito o contributi liberali.

## **7. 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 (31 marzo in proroga per l'anno 2021 – comunicazione ANAC del 02/12/2020) di ogni anno tenendo conto dei seguenti fattori:

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

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

L'aggiornamento del presente PTPCT avverrà con la stessa procedura seguita per la sua adozione. Tutti i destinatari sono tenuti a prendere atto e ad osservare il presente PTPCT. Per quanto non espressamente previsto nel presente PTPCT, si rinvia a tutte le disposizioni vigenti.

# 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: CLAUDIA MOSCARDA

CODICE FISCALE: MSCCLD79E56L736V

DATA FIRMA: 31/03/2021 17:01:22

IMPRONTA: 114F943D13BD822FF2BEA02F9484E82444D05DAAE4447CF7CB65BB22C188D972  
44D05DAAE4447CF7CB65BB22C188D97255598DB52AE9FB1F364D498792566666  
55598DB52AE9FB1F364D498792566666BBED2629A4BCA0B1BF39BFA16B419C13  
BBED2629A4BCA0B1BF39BFA16B419C13889DAF927B680EA658D84DF049A659CB

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 31/03/2021 17:21:35

IMPRONTA: 28AD15ECD32E59E67F942180E2A4CC78AD4B7339030DF0770985A9F5D446B9C5  
AD4B7339030DF0770985A9F5D446B9C5BD8CD4573B89DDCF92837FF5ACDFB1FC  
BD8CD4573B89DDCF92837FF5ACDFB1FC33E0B60C46EB3D46E90F0F774F99D580  
33E0B60C46EB3D46E90F0F774F99D580D0DD4D99A4952D1687B84A5BDE840FD5

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A516O

DATA FIRMA: 31/03/2021 18:23:19

IMPRONTA: 746B489B79B4A8A46CC74CC9F552F2048FCEEC4484C5799DD17C740FF67DB184  
8FCEEC4484C5799DD17C740FF67DB184C91F969D965AB174775ABE86AC68C4D5  
C91F969D965AB174775ABE86AC68C4D5B660FFCFCB616D4182B0244BC33A1BFF  
B660FFCFCB616D4182B0244BC33A1BFFCFC42276BF9F94209AA5EC38C93B5F6

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 31/03/2021 18:43:30

IMPRONTA: 5F86BC7D6C62888E0D80E65D915A4D9E82F0F17B7F417091F982EBC108B89A1D  
82F0F17B7F417091F982EBC108B89A1D01F4741925BC21765744C9BB452A439C  
01F4741925BC21765744C9BB452A439C829E132AA99FCA89C7BE5C3389E0C688  
829E132AA99FCA89C7BE5C3389E0C688D0ABFFCC7E86788BBD37BADBC0AE72EC

NOME: DIEGO SERRAINO

CODICE FISCALE: SRRDGI56P11L582T

DATA FIRMA: 31/03/2021 18:53:35

IMPRONTA: 21C61FB2A2CE86089D2F86C04CF68F15F0D193CD18C435DEC0ABF37853FB6926  
F0D193CD18C435DEC0ABF37853FB6926CB0B0EFABBD1A67D293A605EBCAAE9B0  
CB0B0EFABBD1A67D293A605EBCAAE9B07C448DEC8ED74C455FDCDA5B6CB8FE45  
7C448DEC8ED74C455FDCDA5B6CB8FE457F8FD2E7FC0D98397125132CFEACA844

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 31/03/2021 19:03:19

IMPRONTA: 9F3C4E45B4CC99792BBA43B1490BACCCA0BD5B6A3B53099EE5C114DE7A82D749  
A0BD5B6A3B53099EE5C114DE7A82D7497B834C53EE70BDE7ED696511F9C4C231  
7B834C53EE70BDE7ED696511F9C4C231D28CC5D6C9F4AA7A04A4CF0E59321F77  
D28CC5D6C9F4AA7A04A4CF0E59321F77287D33DD1563F8079D18AC2B53DF2C41

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 31/03/2021 19:16:00

IMPRONTA: 1B43F275AB9F461CFF59F9FA06A2B95DDF92FE8525A890F109587BF7B706FA5C  
DF92FE8525A890F109587BF7B706FA5C047754C63D31C970681E88603D0EC73B  
047754C63D31C970681E88603D0EC73BE10D7A4D4A0D45146EE4589DB4232D87  
E10D7A4D4A0D45146EE4589DB4232D87F2C761C037F37DBDBD84EE14FF9DEE53