



Allegato A

SCHEMA

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)

2021-2023

BOZZA

INDICE

INTRODUZIONE	6
PARTE I	7
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	7
SEZIONE I	7
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'	7
1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) - Finalità	7
1.1 <i>Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) - Alcune considerazioni sugli sviluppi normativi ed organizzativi.....</i>	8
1.2 <i>Il processo di approvazione del PTPC 2021-2023</i>	16
2. Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il Piano della Performance....	18
3. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità	19
3.1 <i>Organo di indirizzo: il Direttore Generale.....</i>	19
3.2 <i>Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).....</i>	20
3.3 <i>Supporto operativo al RPCT.....</i>	21
3.4 <i>Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: ruolo e compiti.....</i>	22
3.5 <i>Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza</i>	24
3.6 <i>Organismo indipendente di valutazione.....</i>	26
3.7 <i>L'Ufficio per i procedimenti disciplinari</i>	27
3.8 <i>Il Servizio Ispettivo Aziendale</i>	27
3.9 <i>Ruolo dei dipendenti.....</i>	28
3.10 <i>Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.....</i>	28
3.11 <i>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RASA).....</i>	28
3.12 – <i>“Gestore” delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio</i>	29
3.13 – <i>Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e Responsabile per la Protezione dei Dati Personali</i>	30
SEZIONE II	31
LA GESTIONE DEL RISCHIO	31

4. Linee generali	31
5. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno.....	33
5.1 <i>Analisi del contesto esterno.....</i>	34
5.1.1 <i>La situazione socio economica</i>	34
5.1.2 <i>L'emergenza COVID.....</i>	36
5.1.3 <i>Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia</i>	38
5.1.4 <i>situazione della legalità.....</i>	41
5.2 <i>Analisi del contesto interno.....</i>	42
5.2.1 <i>Organizzazione e funzionamento.....</i>	42
Funzioni aziendali.....	50
5.2.2 <i>Politiche di qualità e politiche formative.</i>	51
5.2.3 <i>Le risorse umane, le risorse tecnologiche e gli investimenti</i>	51
5.2.4 <i>Attività ospedaliera- Emergenza Covid 19</i>	54
5.2.5 <i>- Equilibrio Economico finanziario</i>	57
5.2.6 <i>Area Acquisti – Emergenza Covid.....</i>	57
6. La “mappatura” dei processi.....	60
7. La valutazione del rischio.....	64
7.1 <i>Identificazione degli eventi rischiosi</i>	65
7.2 <i>L'analisi del rischio.....</i>	66
7.3 <i>La ponderazione del rischio</i>	69
8. Il trattamento del rischio	71
8.1 <i>L'individuazione delle misure.....</i>	71
8.2 <i>La programmazione delle misure</i>	73
9. Monitoraggio e riesame.....	74
9.1 <i>Il monitoraggio sull'attuazione delle misure</i>	75
9.2 <i>Monitoraggio sull'idoneità delle misure.....</i>	77
9.3 <i>Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema</i>	77
10. La consultazione e la comunicazione	77
SEZIONE III.....	78
LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	78
11. I Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.	78
11.1 <i>Codice di comportamento e Codice etico</i>	81
12. Conflitto di interessi e obbligo di astensione	81
12.1 <i>Astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi</i>	82
12.2 <i>Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori.....</i>	85
12.3 <i>- Il conflitto di interessi nel Codice dei contratti pubblici.....</i>	87

12.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali	88
12.5 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi	91
12.6 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	95
12.7 Rotazione del personale	99
12.7.1 La rotazione “ordinaria” degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione	99
12.7.2 – La Rotazione “straordinaria”	104
12.8 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.....	105
12.9 Patti di integrità negli affidamenti	108
12.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	109
12.11 Formazione del personale	110
12.12 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.....	111
12.13 Misure per l'alienazione degli immobili.....	111
12.14 Sperimentazioni cliniche.....	112
12.15 Comodati d'uso, donazioni, valutazioni “in prova”	113
12.16 Il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intra moenia.....	114
12.17 Incarichi dirigenziali.....	114
12.18 Modalità per l'accesso di informatori farmaceutici presso le Unità operative aziendali	115
12.19 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali	117
13.0 Strategie e azioni per l'effettiva semplificazione e trasparenza dei processi amministrativi attraverso la informatizzazione	118
13.1 Digitalizzazione delle procedure di gara.....	119
13.2 Digitalizzazione/informatizzazione del ciclo passivo.....	119
13.3 Informatizzazione della gestione delle risorse umane.....	121
13.4 Sviluppo Sistemi di misurazione.....	122
PARTE II	125
LA TRASPARENZA	125
16. La misura della trasparenza	125
17. Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili.....	126
18. Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”	127
19. Qualità dei dati pubblicati.....	128
20. Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	131
21. Monitoraggio	131
22. Le “Giornate della trasparenza”	131

Allegati al PTPC:

Allegato n.1 – Registro degli “eventi rischiosi”

Allegato n.2 – Obblighi di pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” ex D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

INTRODUZIONE

Il Seguento Piano si colloca al tempo di una pandemia che non ha precedenti e che ha richiesto, e tuttora richiede, l'attuazione di misure di contrasto e di contenimento per affrontare l'emergenza epidemiologica, adeguando i modelli organizzativi ed operativi con riallocazione delle risorse umane e strutturali. La gestione della crisi ha posto non solo la necessità di dover far fronte alle necessità di lavorare diversamente (nuove forme di "trriage" per il settore sanitario, ricorso al lavoro agile) ma ha richiesto di dover veicolare una quantità di informazioni in maniera rapida e proattiva sulle nuove regole ed incentivare il loro rispetto sia all'interno, che all'esterno.

A sostegno dell'inevitabile aggravio dovuto alla stato emergenziale la Pubblica Amministrazione è stata autorizzata ad assumere provvedimenti tesi a semplificare le procedure per assicurare i lavori infrastrutturali di adeguamento delle strutture sanitarie, a preservare la sicurezza degli operatori, a mettere in campo le risorse di personale necessarie superando anche i vincoli imposti a suo tempo dalla dinamica della spesa sanitaria; tutti interventi volti ad aumentare la resilienza del SSN rispetto alle condizioni straordinarie.

Vista l'eccezionalità del momento, ANAC nella reazione del 2 luglio 2020 ha riassunto i provvedimenti adottati per semplificare le procedure e per attenuare le incombenze delle amministrazioni sottolineando comunque le proprie funzioni a presidio della correttezza delle procedure e a garanzia della trasparenza. Unitamente la Corte dei Conti nelle "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da Covid-19", approvate con delibera n. 18/2020/INPR ha evidenziato l'opportunità di potenziare il sistema dei controlli, prendendo in considerazione tutte le tipologie di controllo interno (regolarità amministrativa e contabile; di gestione, compreso il sistema del lavoro agile; strategico; degli equilibri finanziari; sugli organismi gestionali esterni e sulle società partecipate non quotate; sulla qualità dei servizi e prevenzione del rischio).

Sia in questa fase che in quella post COVID i temi dell'integrità dei comportamenti, della equità e della trasparenza assumeranno ancora più rilievo per il corretto dispiego delle risorse e per l'esercizio di un adeguato controllo da parte della cittadinanza.

Il Piano si sviluppa nelle sezioni fondamentali dell'analisi del contesto Esterno ed Interno - ovviamente collegati all'emergenza COVID 19 - con la descrizione della nuova organizzazione aziendale intervenuta nel 2020, dall'analisi e valutazione del rischio dei processi aziendale catalogati nell'anno 2020, in termini di possibile esposizione a fenomeni corruttivi. L'ultima sezione del presente documento è dedicata interamente agli Obblighi di Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa vigente nella sezione del sito web istituzionale denominato "Amministrazione Trasparente".

PARTE I
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

SEZIONE I
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E
RESPONSABILITA'

1. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) - Finalità

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) individua il grado di esposizione dell'Amministrazione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, comma 5, Legge 190/2012).

Finalità del Piano è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali, secondo una metodologia – conformata ai principi strategici, metodologici e finalistici di cui al PNA approvato da ANAC con Delibera n. 1064 del 13.11.2019 - che comprende 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).

In relazione alle specificità ordinamentali e dimensionali dell'Azienda nonché alle caratteristiche di contesto (territoriale, sociale, economico, culturale ed organizzativo) in cui la stessa si colloca, la progettazione ed attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo tiene conto, come detto, dei seguenti principi guida:

a) principi strategici che attengono il coinvolgimento dell'organo di indirizzo nella definizione delle strategie di rischio corruttivo nonché la piena ed attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e controllo, secondo una logica di *"responsabilizzazione diffusa"* atta ad inverare una *"cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio"*;

b) principi metodologici che riguardano:

- l'"analisi del contesto esterno ed interno";

- la "gradualità" nella gestione del rischio secondo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto (in particolare nella rilevazione e analisi dei processi) nonché la valutazione e il trattamento dei rischi;

- la "selettività" al fine di migliorare la sostenibilità organizzativa, l'efficienza e l'efficacia del processo di gestione del rischio, individuando le priorità di intervento (occorre selezionare, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiamo già dimostrato un'adeguata efficacia);
 - l' "integrazione" tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance: a tal fine, alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT;
 - il miglioramento continuo nella gestione del rischio basato su processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.
- c) principi finalistici: la gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità; la gestione del rischio deve contribuire alla generazione di "valore pubblico", inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

1.1 Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) - Alcune considerazioni sugli sviluppi normativi ed organizzativi.

Il Piano Triennale di Prevenzione per la Corruzione e per la Trasparenza dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", per il triennio 2021/2023, si pone in una situazione di sostanziale continuità con l'analoga pianificazione riferita al triennio 2020/2022 (adottata con determina del Direttore Generale n.45 del 31 gennaio 2020) tenendo comunque conto dell'intervenuta approvazione definitiva da parte dell'ANAC – con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 – del "Piano Nazionale Anticorruzione 2019" nonché degli indirizzi e delle indicazioni presenti negli atti ANAC relativi alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza, alla valutazione delle performance ed ai contratti pubblici; con ciò rappresentando quindi momento di ulteriore e più approfondita valutazione degli elementi strutturali del Piano stesso. In particolare, si tratta di atti – non solo di rango legislativo e regolamentare ma anche e soprattutto di regolazione (cd. "atti di soft-law") rimessi alla competenza di ANAC. Ciò fermo restando che la progressiva definizione del quadro regolamentare dei diversi settori in cui si

esplica l'attività aziendale rappresenta un doveroso parametro di riferimento e aggiornamento delle singole azioni di competenza delle diverse Strutture dell'Azienda.

Si tratta, come noto, di misure che hanno segnato e segnano un'ulteriore fase del processo di vero e proprio mutamento culturale del sistema amministrativo, avviato con la Legge n. 190 del 2012 e proseguito con i Decreti legislativi n.33 e n.39 del 2013 e da ultimo perfezionato con il Decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97, di revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza.

Ciò senza dimenticare che tali atti legislativi, in uno con gli atti di regolazione e di indirizzo di ANAC, hanno delineato (dapprima) e perfezionato (quindi) un modello compiuto di prevenzione della corruzione (a livello di organizzazione, di funzioni e compiti, di monitoraggio e controllo e di vigilanza), ma hanno anche apportato significative modifiche e innovazioni sul versante della disciplina del lavoro alle dipendenze dell'amministrazione (quali quelle di aggiornamento del TU 165/2001 in materia di lavoro alle dipendenze dell'amministrazione con particolare riferimento ai profili di responsabilità e alle regole di comportamento dei dipendenti; oltre ovviamente a quelle di aggiornamento del D.lgs. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni). Tanto da rendere ora definito un sistema complesso, articolato non solo su azioni, misure e strumenti volti in forma diretta e specifica al contrasto dei fenomeni corruttivi, ma anche ad inverare appieno il *principio della trasparenza* inteso come valore di rilievo costituzionale in quanto diretto "*ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione*" e a fungere da "*condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali*" che "*integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino*" (art. 1, comma 2, D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.). Il che trova evidente rappresentazione nella stessa evoluzione della disciplina dell'accesso agli atti in possesso delle amministrazioni ove, infatti, dall'originario "*accesso documentale*" (ex artt. 22 e ss. della legge 241/1990) correlato sempre ad una situazione soggettiva qualificata e personale si è pervenuti dapprima (nel 2013) al riconoscimento dell'"*accesso civico*" quale diritto di "chiunque" di ottenere l'ostensione di *documenti*, informazioni o dati di cui sia stata omessa la pubblicazione e quindi_(nel 2016) all'"*accesso generalizzato*" quale "*diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione*".

D'altro canto è la stessa assunzione (da parte del legislatore e delle Autorità preposte) di una concezione ampia di corruzione intesa come "*una pratica che si fonda sul presupposto che un soggetto, il principale, cioè la collettività, deleghi a un agente, il funzionario pubblico, un potere decisionale per realizzare gli interessi collettivi e la possibilità che quest'ultimo, sfruttando le asimmetrie informative, i limiti e i costosi meccanismi di controllo del principale, tradisca la delega ricevuta, facendosi portatore di interessi privati*", tale quindi da "*ricomprendere molteplici di forme di corruzione e di mala gestio, a partire dai conflitti di*

interessi, fino alle tipiche fattispecie penali della corruzione, della concussione e degli altri reati contro la pubblica amministrazione" (così la Relazione ANAC 2017) ad aver avuto un funzione di collante tra disposizioni apparentemente rivolte e pertinenti a segmenti di organizzazione e di attività amministrative.

Di guisa che, messo a regime un sistema organico di intervento - composto di misure attinenti non solo all'anticorruzione in senso stretto, ma anche alla trasparenza, al lavoro pubblico, all'organizzazione e all'efficientamento e alla valutazione dei risultati - si impone ora per ogni singola amministrazione il compito di assicurarne l'efficacia anche attraverso il costante aggiornamento dei propri strumenti di pianificazione e programmazione.

Si tratta di rilievi di permanente attualità, come ben evidenziato sia nell'Intervento tenuto il 6 giugno 2019 alla Camera dei Deputati dal Presidente ANAC, sia nella stessa "Relazione annuale 2018" ivi presentata, ove, infatti, significativamente è stato sottolineato come *"una efficace prevenzione debba fondare sulla promozione della cultura della legalità nella società civile"* puntando su *"una metodologia sistemica e strutturata, espressione di una nuova cultura e, soprattutto, dell'opportunità di "educare alla legalità", attraverso il rispetto delle regole e lo spirito collaborativo"*. Come pure, la costruzione di un adeguato "sistema di indicatori" per misurare i fenomeni corruttivi a livello territoriale rappresenta un obiettivo rilevante e strategico per sostenere la prevenzione e il contrasto all'illegalità e promuovere la trasparenza nell'azione della Pubblica Amministrazione (vedasi Intervento tenuto il 2 luglio 2020 dal Presidente ANAC alla Camera dei Deputati ed anche la relativa Relazione annuale 2019).

Di qui la primaria importanza del PNA di competenza di ANAC e dei relativi Aggiornamenti annuali, ed in particolare del PNA 2019 espressivo dell'intendimento dell'Autorità di porre particolare attenzione - dopo gli Aggiornamenti annuali finalizzati all'approfondimento di tematiche specifiche/settoriali - alle indicazioni riguardanti la "parte generale" al fine di consolidare in unico atto gli assunti principali di indirizzo per la redazione dei singoli PTPC; indicazioni che evidenziano l'importanza dello svolgimento costante da parte delle singole amministrazioni di attività di analisi dei propri contesti organizzativi e funzionali al fine della più appropriata individuazione delle attività maggiormente esposte a rischi di corruzione e, conseguentemente, al fine di adottare pertinenti misure preventive.

Trattasi, in particolare, sia di "misure di prevenzione oggettiva" che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche, sia di "misure di prevenzione soggettiva" che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa. Ciò anche per superare, con ferma convinzione, quelle difficoltà che, come rilevato da ANAC (Relazione annuale 2018, pag. 55), sono in un certo senso coesenziali alla struttura delle amministrazioni e che possono rallentare *"il processo di gestione del rischio che richiede l'acquisizione e la sperimentazione di competenze specifiche, un forte commitment*

da parte dell'organo di indirizzo, una migliore organizzazione, oltre alla partecipazione di tutta la struttura organizzativa e degli stakeholder esterni, anche al fine di ridurre l'autoreferenzialità". Viepiù che la stessa ANAC (nella Relazione annuale 2019), sottolinea l'importanza dell'utilizzo di indicatori adeguati per misurare i fenomeni corruttivi a livello territoriale e a tale fine evidenzia l'impegno profuso nell'esperienza progettuale relativa alla *Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza dal Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020*. Invero, tale progetto si pone come principale obiettivo quello di costruire e rendere disponibile un set di indicatori in grado di quantificare concretamente la possibilità che si verifichino eventi patologici, così da poter anche valutare il livello di efficacia delle misure anticorruzione attuate dalle varie amministrazioni pubbliche (cd. "indicatori di contrasto").

Di quanto sopra si è avuto ulteriore riscontro dalle precisazioni e affinamenti apportati dal d.lgs. 97/2016 anche ad alcune previsioni di stretta pertinenza con la struttura e le misure dell'impianto anticorruzione tutte improntate a favorire l'attuazione sostanziale e non meramente formale e adempitivo delle misure di prevenzione pianificate. In quest'ottica, assume rilievo la circostanza che il PTPC deve assumere una valenza ed un ruolo programmatico del tutto incisivo con previsione degli obiettivi strategici da parte degli Organi di vertice cui spetta anche la definizione degli indirizzi e degli obiettivi strategici per la valutazione della performance dell'amministrazione (ex D.Lgs. 150/2009, spec. Art. 10). Di qui anche la maggiore effettività che deve assumere nel PTPC la definizione delle misure organizzative per l'attuazione concreta degli obblighi di trasparenza, divenuta quest'ultima componente integrante dello stesso Piano. Si tratta, infatti, di parte del PTPC che deve contenere le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente, con possibilità anche di prevedere *"specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge"* (ex art. 1 comma 9 della legge 190/2012, come modificato da D.Lgs. 97/2016). In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni; ciò anche per le rilevanti conseguenze in tema di disciplina del cd. "accesso generalizzato" (ex art. 5 e ss. Del D.Lgs. 33/2013).

Come anticipato, occorre poi considerare il quadro disciplinare in tema di *contratti pubblici* di assoluta rilevanza per i contenuti del Piano non solo per la inerenza ad attività (quelle di scelta del contraente e di perfezionamento di contratti di appalto di lavori, forniture e servizi) ricomprese tra quelle "a rischio" ex lege, ma anche per il particolare livello di sensibilità che possono presentare nel settore sanitario (in relazione ai volumi, alla frequenza di situazioni di infungibilità delle prestazioni nonché per il grado di ripetitività delle prestazioni richieste).

Su questo versante è noto come già in sede di predisposizione del precedente Piano le Amministrazioni tutte avessero dovuto confrontarsi con un impianto normativo nuovo, alquanto complesso, e ad articolazione disciplinare complessa anche in relazione alla

previsione di numerosi atti di integrazione e completamento disciplinare: in parte di fonte secondaria regolamentare, in parte di atti di regolazione (vincolanti e non) rimessi ad ANAC assumendo la tecnica di *soft regulation*.

Anche al termine del 2018 può dirsi che il quadro normativo, sia pure per molti aspetti assestato (in virtù dei numerosi atti attuativi, regolamentari e di *soft law*) sia ancora in via di completamento.

Dopo che nel 2017 il Codice dei Contratti Pubblici era stato oggetto di misure integrative e correttive (di cui al D.Lgs. 19 aprile 2017, n. 56) nel corso del 2019 si è registrata la introduzione di ulteriori misure incidenti sul sistema normativo a regime. Infatti, con il d.l. 18 aprile 2019, n. 32 (cd. "decreto sblocca cantieri", convertito con modificazioni dalla legge 14 giugno 2019, n. 55) recante "*Disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici*" sono state apportate una serie di modifiche puntuali all'impianto normativo del Codice dei contratti pubblici prevedendo nel contempo una sorta «sospensione sperimentale» fino al 31 dicembre 2020 (ma suscettibile di proroga) di alcuni istituti previsti dal medesimo codice.

Tale evenienza, unitamente al rilevato non completamento del corpo disciplinare, hanno richiesto e richiedono ancora un particolare sforzo da parte delle Strutture aziendali nell'opera di costante adeguamento alle nuove disposizioni, così come declinate anche nel PNA 2019 e negli atti di regolazione¹.

¹ Al riguardo, va segnalato che, per quanto di diretta incidenza con l'attività aziendale, oltre alle disposizioni del "decreto correttivo" (D.Lgs. 56/2017) del Codice dei Contratti Pubblici – come integrate, modificate o temporalmente "sospese" a seguito del richiamato D.L. 18 aprile 2019, n. 32 (cd. "decreto sblocca cantieri"), sono state e sono costantemente oggetto di attenzione i seguenti atti di regolazione ANAC: - LINEE GUIDA N. **1**, recanti "*Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria*" (approvate con Delibera n. 973 del 14.09.2016 ed aggiornate al D.lgs.56/2017 con delibera del Consiglio dell'Autorità n.138 del 21 febbraio 2018 e, successivamente, con ulteriore delibera n.417 del 15 maggio 2019); - LINEE GUIDA N. **2**, in tema di "*Offerta economicamente più vantaggiosa*"(approvate con Delibera ANAC n. 1005 del 21 settembre 2016 ed aggiornate con Delibera n. 424 in data 02.05.2018); LINEE GUIDA N. **3** su «*Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni*» (approvate dal Consiglio dell'Autorità con deliberazione n. 1096 del 26 ottobre 2016 ed aggiornate con deliberazione del Consiglio n. 1007 dell'11 ottobre 2017); - LINEE GUIDA N. **4** in tema di "*Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici* (approvate con Delibera n. 1097 del 26 ottobre 2016 ed aggiornate al D.lgs.56/2017 con delibera del Consiglio dell'Autorità n.206 del 1 marzo 2018; cfr. anche delibera n.140 del 27 febbraio 2019 e delibera n.636 del 10 luglio 2019); - LINEE GUIDA N. **5** sui "*Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici*" (approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1190 del 16 novembre 2016 ed aggiornate con delibera n. 4 in data 10.01.2018); LINEE GUIDA N. **6** su «*Indicazione dei mezzi di prova adeguati e delle carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto che possano considerarsi significative per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, comma 5, lett. c) del Codice*» (approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1293 del 16 novembre 2016 , aggiornate con deliberazione del Consiglio n. 1008 dell'11 ottobre 2017 ed attualmente in fase di consultazione per revisione con trasmissione del relativo schema da parte di ANAC al Consiglio di Stato in data 28.09.2018) e LINEE GUIDA N. **8** riguardanti il "*Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili*" (approvate con Delibera ANAC n. 950 del 13/09/2017); LINEE GUIDA N. **9** in tema di "*Monitoraggio delle amministrazioni aggiudicatrici sull'attività dell'operatore economico nei contratti di partenariato pubblico privato*" (approvate con Delibera ANAC n. 318 del 28 marzo 2018); LINEE GUIDA n. **10** – sull'"*Affidamento del servizio di*

Nondimeno si riflettono a livello operativo aziendale anche altre disposizioni legislative che in epoca recente hanno interessato il sistema amministrativo sia con riferimento a settori specifici (tra cui anche quello sanitario) sia per quanto attiene a profili strutturali dell'agire delle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del TU 165/2001.

La portata sistematica e diffusa della riforma dell'amministrazione avviata con la legge delega 124/2015 ha comportato e comporta anche a livello aziendale - senza soluzione di continuità - l'adozione *in continuum* di misure ed azioni di adeguamento dei processi e/o atti amministrativi interessati dalla nuova disciplina.

Peraltro, giova ricordare che tali innovazioni sono intervenute in una fase di ridefinizione dell'assetto organizzativo aziendale anche conseguente alla specifica regolamentazione

vigilanza privata" (approvate con Delibera ANAC n. 462 del 23/05/2018); LINEE GUIDA n. **11** su "Indicazioni per la verifica del rispetto del limite di cui all'articolo 177, comma 1, del codice, da parte dei soggetti pubblici o privati titolari di concessioni di lavori, servizi pubblici o forniture già in essere alla data di entrata in vigore del codice non affidate con la formula della finanza di progetto ovvero con procedure di gara ad evidenza pubblica secondo il diritto dell'Unione europea" (approvate ed aggiornate con Delibera ANAC n.570 del 26 giugno 2019); LINEE GUIDA N.**12** su "Affidamento Servizi Legali" (approvate con delibera ANAC n.907 del 24 ottobre 2018); LINEE GUIDA N. **13** recanti "La disciplina delle clausole sociali" (approvate con Delibera ANAC n. 114 del 13/02/2019); LINEE GUIDA N. **14** recanti "Indicazioni sulle consultazioni preliminari di mercato" (approvate con Delibera ANAC n. 161 del 06/03/2019); LINEE GUIDA N. **15** recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (approvate con Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019).

A tali atti si aggiungano anche la complessa disciplina attinente i servizi sociali e più in generale gli affidamenti ad enti del cd. "terzo settore" e segnatamente: la Delibera ANAC N. 32 del 20 gennaio 2016 di approvazione delle "Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali"; la Delibera ANAC n. 1228 del 22 novembre 2017 di approvazione del Bando-tipo n. 1/2017 "Schema di disciplinare di gara per l'affidamento di servizi e forniture nei settori ordinari, di importo pari o superiore alla soglia comunitaria, aggiudicati all'offerta economicamente più vantaggiosa secondo il miglior rapporto qualità/prezzo".

Come pure le "Linee guida operative e clausole contrattuali-tipo per l'affidamento di servizi assicurativi" di cui alla determinazione n. 618 del 08/06/2016.

Ovviamente assumono rilievo ai fini del presente Piano anche altri atti regolatori e di indirizzo assunti da ANAC sulla base degli specifici compiti alla stessa assegnati dal Codice dei Contratti Pubblici e come tali di dovuta considerazione da parte delle Strutture competenti. Si ha riguardo anche a:

- BANDO TIPO N. 1/2017 - *Schema di disciplinare di gara per l'affidamento di servizi e forniture nei settori ordinari, di importo pari o superiore alla soglia comunitaria, aggiudicati all'offerta economicamente più vantaggiosa secondo il miglior rapporto qualità/prezzo* (approvato da ANAC con delibera n. 1228 in data 22.11.2017);

- BANDO TIPO N. 2/2018 - *Schema di disciplinare di gara Procedura aperta per l'affidamento di contratti pubblici di servizi di pulizia di importo pari o superiore alla soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo* (approvato da ANAC con delibera n. 2 in data 10.01.2018);

- BANDO TIPO N. 3/2018 - *Disciplinare di gara per l'affidamento con procedura aperta di servizi di architettura e ingegneria di importo pari o superiore a € 100.000 con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo* (approvato da ANAC con delibera n. 723 in data 01.08.2018).

E' peraltro di tutta evidenza che le Strutture competenti alla gestione delle procedure disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici potranno segnalare, nell'ambito delle proprie specifiche competenze, elementi di attenzione connessi all'attuazione della complessa disciplina di rango legislativo, regolamentare e di *soft-law*.

Il quadro regolatorio è peraltro funzionale all'esercizio delle funzioni di vigilanza rimesse ad ANAC ed ora disciplinate dal "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di contratti pubblici" emanato da ANAC in data 04.07.2018 ex artt. 211 e 213 del Codice dei contratti pubblici (nonché del regolamento approvato in data 13 giugno 2018 in merito all'esercizio dei poteri dell'ANAC di cui all'art. 211, commi 1-bis e 1-ter, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n.50) e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.241 del 16 ottobre 2018.

contenuta nel Decreto del Ministero della Salute n.70/2015 riguardante gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Invero, con determina del Direttore Generale n.721 del 3 ottobre 2016 è stato adottato il nuovo Atto aziendale che ha ridefinito la nuova organizzazione dell'Azienda "Marche Nord", successivamente modificata nel corso dell'anno 2019 (con determina DG n.73 del 6 febbraio 2019) ed ancora nell'anno 2020 (con determina DG n.258 dell'8 giugno 2020). Di tale riorganizzazione viene data evidenza nello specifico paragrafo di analisi del contesto interno.

Anche in ragione di quanto sopra evidenziato, per quanto riguarda le misure per la prevenzione della corruzione di carattere generale e specifico l'aggiornamento del PTPC si pone in una situazione di sostanziale continuità rispetto alla programmazione precedente; in particolare, l'attuale Piano non può che muovere dalla ricognizione dello stato di attuazione raggiunto nell'anno 2020, stabilendo la nuova programmazione per l'anno 2021, con futuri *step* di avanzamento e relative fasi e tempi di esecuzione.

Più precisamente, si è doverosamente tenuto conto dei risultati del monitoraggio rappresentati nelle relazioni prodotte dai Dirigenti responsabili delle diverse Unità Operative interessate; ciò anche ai fini di consentire la predisposizione della relazione annuale del RPC per l'anno 2020 (art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 e Comunicato ANAC del 2 dicembre 2020 che ha disposto il differimento al 31 marzo 2021 del termine per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale oltre che dell'aggiornamento annuale del PTPCT).

Proprio l'esito del monitoraggio è stata la base di partenza per la ri-programmazione delle misure per il triennio 2021/2023, alla luce dell'esperienza condotta nell'anno 2020 con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Quanto sopra non può prescindere dall'attuale, difficile, contesto emergenziale.

Nell'ambito delle iniziative per fronteggiare la situazione di crisi, sulla scorta dei provvedimenti assunti da Governo e Parlamento, l'Autorità si è posta al fianco di amministrazioni e imprese, adottando molti provvedimenti per alleggerirne i compiti. Tra i più significativi, si evidenziano:

- Comunicato del Presidente del 4 marzo 2020 recante le indicazioni alle SOA per la qualificazione degli operatori economici;
- Comunicato del Presidente del 12 marzo 2020 concernente la proroga dei termini delle attestazioni degli OIV relative agli obblighi di pubblicazione;
- Delibera del 19 marzo 2020, n. 268 relativa alla sospensione di termini e adempimenti dell'Autorità in relazione all'emergenza coronavirus, al fine di dare il maggiore supporto possibile alle stazioni appaltanti in questo particolare momento e nell'ottica di assicurare il rispetto dei principi fondamentali in materia di contratti pubblici a presidio dell'adeguato perseguimento del superiore interesse pubblico;
- Comunicato del Presidente del 1° aprile 2020, con il quale, facendo seguito a quanto disposto con la richiamata delibera 286/2020, l'Autorità garantisce la disponibilità a rafforzare la vigilanza di tipo collaborativo;

- Delibera del 1° aprile 2020, n. 289 recante la proposta di esonerare stazioni appaltanti e imprese dal versamento del contributo in sede di gara per tutto il 2020, poi recepita nel D.L. 30 aprile 2019, n.34;
- Comunicato del Presidente del 22 aprile 2020 - Vademecum per gli affidamenti rapidi;
- Atto di segnalazione a Governo e Parlamento del 29 aprile 2020, n. 5 che prevede l'emissione dei Sal per i cantieri sospesi, così da attenuare la carenza di liquidità delle imprese.

La necessità di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza sanitaria, consentendo ai soggetti pubblici di procedere all'acquisto di lavori, servizi e forniture con celerità, ha comportato l'adozione di interventi normativi in materia, con modifiche al Codice dei contratti pubblici, mediante decretazione d'urgenza e altri strumenti straordinari, quali le ordinanze adottate dal Capo della Protezione Civile.

Gli interventi in parte rivestono natura sostanziale, con deroghe e modifiche alle disposizioni in materia di contrattualistica pubblica, e in parte natura procedurale, finalizzati a perseguire esigenze di snellimento e di accelerazione più idonee a fronteggiare l'emergenza in atto rispetto alle tempistiche imposte dal ricorso alle procedure ordinarie.

Con il decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27, recante «Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19», il Governo ha emanato disposizioni normative per «proteggere la salute dei cittadini, sostenere il sistema produttivo e salvaguardare la forza lavoro» (cfr. Relazione Illustrativa del decreto legge).

Nel settore dei contratti pubblici, con il decreto legge, il Governo, al fine di snellire e velocizzare le procedure di affidamento di lavori e servizi e di acquisizione di forniture in settori ritenuti strategici nel quadro emergenziale, ha introdotto deroghe al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, che hanno avuto come comune denominatore la valutazione ex ante, da parte del legislatore, della sussistenza di ragioni di estrema urgenza tali da giustificare la previsione di procedure semplificate, caratterizzate dalla riduzione o totale soppressione del confronto competitivo. In particolare:

- l'art. 72 (rubricato «Misure per l'internazionalizzazione del sistema Paese»), comma 2, dispone che, «In considerazione dell'esigenza di contenere con immediatezza gli effetti negativi sull'internazionalizzazione del sistema Paese in conseguenza della diffusione del Covid-19 (...) si applicano, fino al 31 dicembre 2020, le seguenti disposizioni: a) i contratti di forniture, lavori e servizi possono essere aggiudicati con la procedura di cui all'articolo 63, comma 6, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50».
- l'art. 75 (rubricato «Acquisti per lo sviluppo di sistemi informativi per la diffusione del lavoro agile e di servizi in rete per l'accesso di cittadini e imprese») che, «Al fine di agevolare la diffusione del lavoro agile di cui all'articolo 18 della legge 22 maggio 2017, n. 81, favorire la diffusione di servizi in rete e agevolare l'accesso agli stessi da parte di cittadini e imprese, quali ulteriori misure di contrasto agli effetti dell'imprevedibile

emergenza epidemiologica da COVID-19», autorizza le amministrazioni «ad acquistare beni e servizi informatici, preferibilmente basati sul modello cloud SaaS (*software as a service*), nonché servizi di connettività, mediante procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara ai sensi dell'articolo 63, comma 2, lett. c), del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50». Anche in questo caso il ricorso alla procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando è giustificato – invero qui esplicitamente con il riferimento alla lettera c) del comma 2 dell'art. 63 – dalla valutazione ex ante della sussistenza di ragioni di urgenza e consentito fino al 31 dicembre del 2020.

1.2 Il processo di approvazione del PTPC 2021-2023

Ai sensi dell'art.1, comma 8, della Legge 190/2012 e ss.mm.ii. "L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione".

Ai fini dell'aggiornamento del PTPC per il triennio 2021-2023, il RPCT ha dapprima coinvolto i Dirigenti responsabili delle unità operative interessate dall'applicazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, invitando gli stessi a resocontare in ordine all'effettiva applicazione dei controlli e delle misure previste nel precedente PTPC, all'efficacia ed attualità dei controlli e delle misure stesse nonché a ridefinire le aree di rischio e i corrispondenti processi tenendo conto degli approfondimenti/raccomandazioni espressi da ANAC sia in sede di aggiornamento annuale dei PNA che nelle diverse linee guida adottate su specifiche tematiche.

Al riguardo, si dà evidenza che, con Comunicato del Presidente dell'Autorità dell'11.12.2020, la stessa Autorità - tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19 - ha ritenuto opportuno differire, al 31 marzo 2021, il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale 2020, secondo l'apposito modello allegato al Comunicato medesimo.

Per le stesse motivazioni legate all'emergenza sanitaria e al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse all'elaborazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, il Consiglio dell'Autorità ha altresì deliberato di differire alla medesima data (31 marzo 2021) il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023.

Invero, la situazione emergenziale che ha contrassegnato dalla fine febbraio 2020 l'attività aziendale e che richiede tutt'ora un impegno prioritario non solo nell'espletamento di attività essenziali e indifferibili ma anche l'adozione di soluzioni organizzative e di lavoro certamente

non ordinarie che siano in grado di garantire – attraverso una costante sinergia tra le componenti clinico-assistenziali, amministrative e infrastrutturali/logistiche - appropriatezza, adeguatezza e massima efficienza in tutti i servizi, si è indubbiamente riflessa sull'ordinario assetto delle funzioni e sulla relativa tempistica.

In presenza di una simile situazione attinente ad interessi pubblici ultraprimari che contrassegnano la missione istituzionale aziendale e dei conseguenti riflessi sull'organizzazione (come comprovato anche dalle disposizioni normative emergenziali succedutesi), si è ritenuto di dover disporre il differimento dei termini previsti per le misure e gli obiettivi strategici di cui al PTPCT 2020-2022 posponendo di un anno (al 2021) le relative scadenze (previste per il 2020). La situazione emergenziale che ha contrassegnato dalla fine febbraio 2020 l'attività aziendale e che richiede tutt'ora un impegno prioritario non solo nell'espletamento di attività essenziali e indifferibili ma anche l'adozione di soluzioni organizzative e di lavoro certamente non ordinarie che siano in grado di garantire – attraverso una costante sinergia tra le componenti clinico-assistenziali, amministrative e infrastrutturali/logistiche - appropriatezza, adeguatezza e massima efficienza in tutti i servizi, si è indubbiamente riflessa sull'ordinario assetto delle funzioni e sulla relativa tempistica.

Ciò ovviamente ferma restando l'attuazione con continuità delle misure di prevenzione della corruzione previste da specifiche disposizioni normative ed anche richiamate dal PTPCT.

Tali elementi sono stati presi a riferimento anche per la elaborazione della Relazione annuale.

Il coinvolgimento dei predetti responsabili si è concretizzato in appositi incontri alla presenza del RPCT e del Gruppo di ausilio allo stesso, nonché mediante specifico supporto documentale volto a favorire un corretto inquadramento delle rispettive analisi e delle nuove proposte da ricondurre nella presente pianificazione.

Conseguentemente, il RPCT ha esaminato i suddetti elementi – in sede di prima valutazione – in apposita riunione convocata a cura della Direzione Generale che ha provveduto, altresì, alla individuazione degli obiettivi strategici da ricondurre nello stesso Piano; ciò anche al fine di valutare adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative.

A tale incontro, ha partecipato anche il Direttore della UO Controllo di Gestione cui è affidata la predisposizione ed attuazione del Piano delle Performance, onde realizzare la necessaria integrazione con tale strumento di programmazione ed assicurare quindi un reale coordinamento a livello di contenuti tra le suddette pianificazioni. Al riguardo, si dà evidenza che gli **obiettivi strategici** definiti dalla Direzione Generale sono stati riepilogati nel paragrafo 13.

Peraltro, si rappresenta che in data _____ è stato pubblicato sul sito web aziendale – Sezione Amministrazione Trasparente – specifico Avviso recante Avvio procedura di consultazione pubblica per l'aggiornamento annuale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021-2023, onde consentire a tutti i soggetti interessati di far pervenire il proprio contributo, proposte di modifiche e/o integrazioni, ai fini dell'aggiornamento annuale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

2021-2023 a partire dal _____ e sino al _____, nei termini e con le modalità ivi indicate.

La proposta di PTPCT, unitamente a relativo schema di determina di adozione, è stata quindi sottoposta all'approvazione del Direttore Generale.

A seguito dell'adozione, il PTPCT è pubblicato – entro 30 giorni - sul sito web aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

2. Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il Piano della Performance.

La Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., all'art.1 comma 8, stabilisce che *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione"* (art. 1, comma 8, come novellato dal d.lgs. n. 97/2016).

Lo stesso art.1, comma 8-bis, demanda all'Organismo indipendente di valutazione la *"verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza."*

Su tale aspetto, si richiama altresì l'art. 44 d.lgs. n. 33/2013 laddove si stabilisce che *"l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori"*.

Coerentemente alle disposizioni sopra richiamate nonché agli indirizzi contenuti nelle determinazioni ANAC di approvazione dei PNA, l'Azienda ha inteso assicurare un'integrazione tra i due strumenti di programmazione – PTPCT e Piano della Performance - progettando gli stessi unitariamente, pur preservandone le rispettive specificità stanti le diverse finalità e responsabilità connesse.

Tale raccordo è rappresentato nel *Piano della Performance per il triennio 2021-2023* ove si dà evidenza della correlazione tra i due ambiti sin dall'analisi del contesto aziendale, sia esterno che interno, con espresso richiamo alle specifiche disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e, a seguire, con l'individuazione degli obiettivi di performance per l'anno di riferimento cui viene associato il relativo processo di valutazione.

Conseguentemente il sistema di controllo di gestione, in linea con le previsioni contenute nel Piano delle Performance, sviluppa annualmente gli obiettivi di programmazione anche tenendo conto delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza incluse nel PTPCT; di guisa che le stesse misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza assumono rilievo

quali obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

Come sopra rilevato, nel corso della fase di negoziazione tra Azienda e Direttori/Responsabili delle unità organizzative in ordine agli obiettivi di budget per l'anno 2021 rilevanti per la performance, le risultanze di detto confronto consentiranno di vagliare l'effettivo livello di interazione anche al fine di individuare eventuali misure correttive.

Preme sottolineare, peraltro, che una leva di collegamento tra le *performance* e la prevenzione dei rischi corruttivi è la gestione dei processi quale sistema che favorisce una rappresentazione efficace dei risultati dell'Azienda. In tale ottica, è intendimento dell'Azienda implementare il sistema di valutazione dei rischi mediante utilizzo di criteri adeguati e coerenti al contesto di riferimento.

3. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità

In coerenza alle indicazioni fornite dall'ANAC, da ultimo con il PNA 2019, si dà evidenza nei paragrafi che seguono (in stretto raccordo con quanto già evidenziato nei precedenti paragrafi) del ruolo e delle connesse responsabilità di tutti i soggetti che a livello aziendale partecipano, a vario titolo, alla programmazione, adozione, attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e all'adempimento agli obblighi connessi alla "trasparenza".

3.1 Organo di indirizzo: il Direttore Generale

Il Direttore Generale, in qualità di organo di vertice dell'Azienda, dispone di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione ossia la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e l'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art.1, comma 7, della Legge 190/2012 e ss.mm.ii.), su proposta dello stesso Responsabile, nonché l'adozione di tutti gli atti di indirizzo aziendali di carattere generale finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione della corruzione ed all'attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza.

In particolare, il Direttore Generale definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; oltre che alla definizione - sulla base di quanto disposto dall'art. 15 del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. - delle direttive generali contenenti gli indirizzi strategici del ciclo delle performance costituenti parte fondante del relativo Piano.

Inoltre, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con piena autonomia ed effettività, il Direttore Generale dispone altresì le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al suddetto RPCT.

Nell'esercizio di dette competenze, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, quali responsabili - rispettivamente - del "governo"

amministrativo e sanitario dell'Azienda, rendendo parere obbligatorio sugli atti propri del Direttore Generale.

3.2 Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012 e ss.mm.ii., il Direttore Generale *pro-tempore* dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" ha nominato, quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza la Dott.ssa Monja Marinelli – Dirigente Analista di ruolo in servizio nella Unità Operativa Complessa *Controllo di Gestione* (determina del Direttore Generale n.631 del 2 dicembre 2020), con decorrenza 1 dicembre 2020, a seguito della intervenuta naturale scadenza dell'incarico (30 novembre 2020) in capo al precedente RPCT.

Il relativo nominativo è stato, quindi, pubblicato sul sito web istituzionale alla Sezione "Amministrazione Trasparente" – sotto-sezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione.

Al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono assegnati i seguenti compiti:

1. propone al Direttore Generale il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ai fini della relativa adozione entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8, L. 190/2012), salvo diverse disposizioni normative e/o di attuazione;
2. definisce, entro lo stesso termine di cui al precedente punto 1., procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8, L.190/2012);
3. verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art.1, comma 10, lett. a), L.190/2012) nonché propone la modifica dello stesso nelle ipotesi di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
4. verifica, d'intesa con il Dirigente competente e in stretto raccordo con la Direzione Generale, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. b), legge 190/2012), fermo restando l'esigenza di garantire la piena funzionalità delle strutture organizzative aziendali ed i relativi parametri di professionalità e competenze specifiche, e comunque conformandosi alle specifiche indicazioni dettate da ANAC in tema di rotazione del personale nel settore sanitario;
5. individua, con la collaborazione dei Dirigenti afferenti alle aree a maggiore rischio di corruzione, il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c), legge 190/2012);
6. trasmette, entro il 15 dicembre di ogni anno, all'Organismo indipendente di valutazione e al Direttore Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, curandone la pubblicazione sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione

- Trasparente" (art.1, comma 14, legge 190/2012), salvo diverse disposizioni normative e/o di attuazione;
7. riferisce sull'attività al Direttore Generale in tutti i casi in cui questi lo richieda o, comunque, qualora lo stesso Responsabile ne ravvisi l'opportunità (art.1, comma 14, legge 190/2012);
 8. verifica periodicamente il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comma 1, d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.);
 9. segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nelle ipotesi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (art.43, comma 1 e 5, d.lgs. 33/2013);
 10. procede al riesame delle istanze in materia di accesso civico e "generalizzato" nei casi e nei termini previsti dall'art.5, comma 7, d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e dalle relative disposizioni di attuazione dell'ANAC nonché dalla specifica disciplina regolamentare interna;
 11. cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (art. 15), in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
 12. cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sull'attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio (art.15, comma 3, DPR 62/2013);
 13. svolge ogni ulteriore compito previsto dalle disposizioni vigenti in materia.

Con riferimento alle funzioni proprie del RPCT e ai raccordi con le strutture e gli Organi aziendali si segnala per i chiarimenti offerti la Delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 recante *Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)* nonché la delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019.

3.3 Supporto operativo al RPCT

In coerenza alle indicazioni contenute nelle determinazioni ANAC n. 12/2015, n. 831/2016, n.1208/2017 nonché, da ultimo, nella delibera 1064/2019, la Direzione Generale - nell'ambito della propria autonomia organizzativa e contestualmente all'atto di nomina del Responsabile della Prevenzione e della Corruzione di cui alla richiamata determina DG n.631/2020 - ha dato mandato al Responsabile stesso di provvedere alla costituzione di un Gruppo di lavoro permanente, formato da personale dipendente, individuato con particolare attenzione alle aree a rischio ed alle competenze professionali possedute; detto personale, pur continuando ad espletare le funzioni consuete, supporterà il Responsabile nel raggiungimento degli obiettivi fissati dal PTPC, così generando una linea diretta di collaborazione tra le strutture aziendali ed il Responsabile stesso.

Secondo quanto previsto dalla richiamata determina DG n.631/2020, per il raggiungimento degli obiettivi aziendali in materia di prevenzione della corruzione e garanzia di trasparenza e integrità, aventi rilevanza strategica, la Direzione Generale ha inteso riconoscere ai componenti del suddetto Gruppo specifico incentivo nell'ambito dei progetti strategici finanziati dal fondo di produttività dell'area del Comparto.

Tenuto conto di quanto sopra, la nomina dei componenti del suddetto Gruppo è formalizzata con determina del Direttore Generale e pubblicata sul sito web aziendale alla Sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti.

3.4 Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: ruolo e compiti

Appare opportuno richiamare ancora testualmente quanto precisato da ANAC nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016 laddove si tratta dei poteri di interlocuzione e controllo del RPCT:

"Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, nella L. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Si rammenta che 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 e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, co. 1 lett. l-bis) l-ter) e l-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Come pure va ricordato in proposito l'annotazione preliminare di ANAC in sede di Aggiornamento del PNA 2017 a mente della quale "È opportuno nei PTPC meglio precisare quali

soggetti coadiuvano il RPCT nella predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione all'interno dell'organizzazione, con i relativi compiti e responsabilità".

Tali aspetti sono stati nuovamente sottolineati dalla stessa Autorità nell'ambito del PNA 2019.

In considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale, nonché in ragione della particolare articolazione per diversi dipartimenti e presidi ospedalieri, l'attività del RPCT non può prescindere dall'ausilio dei Referenti, quali soggetti indispensabili per l'attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPC e sull'attuazione delle misure.

L'Azienda assicura quindi al RPCT il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le Unità Organizzative, in aderenza a quanto previsto anche dall'art. 8 del d.p.r. 62/2013 che sancisce *"un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore"* assumendo come *"imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione"*.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza rimane, comunque, il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

I Referenti sono individuati a cura dei Dirigenti responsabili delle Strutture e/o articolazioni aziendali, ciascuno per le attività di rispettiva competenza.

I Referenti svolgono funzioni di supporto al RPCT procedendo a:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le suddette attività, le misure di prevenzione idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare che nei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, non vi siano eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

I Referenti concorrono, altresì, con il RPCT a:

- a) verificare l'attuazione del Piano, nonché a proporre la modifica dello stesso in occasione di ogni aggiornamento annuale e qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni,

ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

b) realizzare misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

c) individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

d) assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Referenti del RPCT sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i Dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.

Ai fini dell'esercizio della funzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, i Referenti devono realizzare modalità di raccordo e di coordinamento mediante un meccanismo di comunicazione/informazione secondo un processo *bottom-up* in sede di formulazione delle proposte e *topdown* per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Analogo raccordo e coordinamento, operativo e dinamico, va costantemente e sistematicamente mantenuto tra il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, i Referenti del RPCT ed i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali.

I Referenti del RPCT possono promuovere azioni di loro iniziativa, volte alla prevenzione della corruzione, raccordandosi previamente con il RPCT e informandolo sugli esiti delle verifiche.

Fermo restando quanto sopra, nello svolgimento delle proprie funzioni, il RPCT realizzerà in particolare:

a) un'interazione sistematica con il Referente nonché Direttore della UOC Controllo di Gestione cui peraltro sono assegnate funzioni in materia di Performance e Sistema di misurazione e valutazione della Performance, avvalendosi del relativo supporto e collaborazione;

b) un'interazione sistematica con il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico in merito agli adempimenti relativi alla trasparenza, avvalendosi del relativo supporto e collaborazione.

3.5 Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

La concreta attuazione delle misure anticorruzione in Azienda e del PTPC è strettamente legata al ruolo attivo dei Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza, secondo le attribuzioni e le relative responsabilità previste dall'art. 16, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001, come di seguito riportato:

I-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

I-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

I-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Fermo restando quanto previsto dalle succitate disposizioni normative, tutti i Responsabili delle Strutture e degli uffici aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nonché al Gruppo di supporto del RPCT.

Nello specifico, tutti i Dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dei Referenti del RPCT, e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio della corruzione con la mappatura delle aree, attività e processi a rischio corruzione e relativa ponderazione;
- c) propongono le misure di prevenzione del rischio della corruzione e l'aggiornamento delle stesse;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure di prevenzione contenute nel PTPC;
- g) vigilano sull'osservanza da parte dei propri collaboratori delle misure di prevenzione contenute nel PTPC e verificano le ipotesi di violazione segnalandole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il RPCT, i Referenti del RPCT ed i Dirigenti apicali sono costantemente tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico al fine di garantire, nel contempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione aziendale.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012).

Come più volte evidenziato da ANAC, la collaborazione dei vari Responsabili degli uffici è fondamentale per consentire al RPCT e al Direttore Generale dell'Azienda, che adotta il PTPC,

di definire misure concrete e sostenibili sia dal punto di vista organizzativo, sia di tempi chiaramente definiti.

3.6 Organismo indipendente di valutazione

L'Azienda dà evidenza – a termini di legge – mediante pubblicazione sul sito istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" - degli estremi dell'atto di nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), dei nominativi dei componenti e dei relativi curricula.

L'OIV riveste un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e delle misure di prevenzione della corruzione a livello aziendale, svolgendo i compiti previsti dall'art.14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii..

L'OIV valida la Relazione sulle performance di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propone all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). L'OIV, in particolare, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44).

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii..

L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale e quindi sui relativi aggiornamenti (ex art. 54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.)..

Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detto Organismo, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette allo stesso oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della l.

190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, comma 8-bis, l. 190/2012).

3.7 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.) è istituito presso l'Azienda con i seguenti compiti:

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, comma 3, legge 20/1994; art. 52 del "*Codice della giustizia contabile*" di cui al D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 174; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del D.lgs. n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012.

La composizione di detto Ufficio è stata aggiornata e formalizzata con determina del Direttore Generale n.378 del 28 luglio 2020.

3.8 Il Servizio Ispettivo Aziendale

Secondo quanto previsto dall'art.1, comma 62, della L. n. 662 del 23.12.1996 e ss.mm.ii., l'Azienda costituisce al proprio interno il *Servizio Ispettivo*, cui compete l'effettuazione di verifiche sul personale dipendente, finalizzate all'accertamento del rispetto delle disposizioni in materia di incompatibilità secondo le specifiche previsioni della stessa legge, nonché delle ulteriori disposizioni contenute nell'art.53 del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii.

Nello svolgimento delle funzioni assegnate, il Servizio ispettivo si ispira a canoni di oggettività, imparzialità ed autonomia di giudizio, riservatezza dei dati e delle informazioni raccolte nel rispetto dei diritti dei soggetti sottoposti a verifica; l'istituzione di tale Servizio, peraltro non fa venire meno i compiti e le responsabilità di controllo già previste da disposizioni normative in capo ad altri soggetti e organi.

La nomina, la composizione ed il funzionamento del Servizio Ispettivo aziendale sono disciplinati da apposita regolamentazione interna (di cui alla determina del Direttore Generale n.464 del 23 giugno 2017).

La composizione di detto Servizio è stata aggiornata con determina del Direttore Generale n.6

del 17 gennaio 2020.

3.9 Ruolo dei dipendenti

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012 e ss.mm.ii.). In proposito, si richiama l'art. 8 del d.P.R. 62/2013 che prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce pertanto elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano di prevenzione della corruzione e del Codice di Comportamento.

3.10 Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito.

Anche per il triennio 2021 - 2023 nei contratti di prestazione d'opera con liberi professionisti e con altri collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono previste specifiche clausole contenenti obbligo di osservanza delle prescrizioni previste dal presente PTPC e dal Codice di Comportamento.

3.11 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

Con Comunicato del 28 ottobre 2013 del Presidente ANAC sono state fornite indicazioni operative per la comunicazione del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

In particolare, è stato precisato che ciascuna stazione appaltante è tenuta a nominare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e ad indicarne il nominativo nell'ambito del PTPC (sul punto, cfr. Delibera n. 831 del 3/8/16 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e successivo Comunicato del Presidente ANAC del 20 dicembre 2017).

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

A tal fine, il Direttore Generale ha individuato – già nell'ambito del PTPC 2017-2019 - quale RASA dell'Azienda ospedaliera la Dott.ssa Lucilla Venturi, Funzionario Amministrativo presso la UOC Gestione approvvigionamenti beni, servizi e logistica, la cui nomina viene confermato in sede di aggiornamento del presente PTPCT.

Si evidenzia che tale Responsabile ha provveduto in ordine alla richiesta di abilitazione del proprio profilo utente, secondo le modalità operative indicate da ANAC nei richiamati Comunicati e, quindi, risulta abilitato a tale scopo come da riscontri rilasciati dalla stessa ANAC al suddetto RASA.

3.12 – "Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio

Il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 di "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", all'art.10 contiene specifici obblighi in materia in capo alle "Pubbliche Amministrazioni" competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo nell'ambito dei procedimenti a) finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione, b) delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici, c) dei procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

In tale contesto disciplinare, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, è previsto che le Pubbliche amministrazioni comunichino alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, secondo apposite istruzioni della stessa Unità finanziaria relative a modalità, termini e indicatori utili ad agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

In tal senso, con Provvedimento del 23 aprile 2018 la UIF, sentito il Comitato di Sicurezza Finanziaria, ha adottato le predette Istruzioni operative.

Coerentemente alle richiamate disposizioni normative e di attuazione, l'Azienda si è dotata di specifico Regolamento disciplinante le misure organizzative aziendali finalizzate alla prevenzione e contrasto dell'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo nonché ad assicurare la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza nell'esercizio dell'attività istituzionale o professionale (adottato con determina del Direttore Generale n.5 del 17 gennaio 2020 e pubblicato sul sito

web istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione Disposizioni Generali).

In particolare, il suddetto disciplinare è volto a definire, in base all'autonomia organizzativa dell'Azienda, la procedura interna di valutazione idonea a garantire l'efficacia di rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti. Tale procedura interna specifica le modalità con le quali gli addetti agli Uffici dell'Azienda trasmettono le informazioni rilevanti ai fini della valutazione delle operazioni sospette ad un soggetto denominato "gestore", quale soggetto individuato con apposito atto del Direttore Generale, delegato alla valutazione ed alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF.

Si dà evidenza, peraltro, che in aderenza alle richiamate disposizioni in materia, l'Azienda è tenuta alla nomina di un "Gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF. A tale riguardo, la Direzione Generale ha inteso affidare tale funzione – anche tenuto conto degli orientamenti ANAC – al Dirigente/Direttore incaricato pro-tempore quale Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Contestualmente, la stessa Direzione ha istituito un apposito Organismo tecnico-collegiale di supporto al Gestore per la valutazione e l'identificazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF, le cui specifiche funzioni nonché compiti e composizione sono stabiliti all'art.5 del Regolamento.

3.13 – Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e Responsabile per la Protezione dei Dati Personali

Con determina del Direttore Generale n.449 del 31 luglio 2018, l'Azienda ha designato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 37-39 del Regolamento Europeo 2016/679 (RGPD) del 27 aprile 2016, la Dott.ssa Federica Pierleoni – Collaboratore Amministrativo Professionale titolare di Posizione Organizzativa nell'ambito della UOC Affari Istituzionali e Generali – quale Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) per l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, a cui, tuttavia, non può sostituirsi nell'esercizio delle funzioni.

Si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.lgs. 33/2013. In questi casi, il RPCT può avvalersi, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto

conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

SEZIONE II

LA GESTIONE DEL RISCHIO

4. Linee generali

In fase di aggiornamento del presente Piano, ai fini della progettazione, realizzazione e miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", si è operato riferimento – anche in continuità con la posizione assunta in sede di aggiornamento del PTPCT 2020-2022 - alle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'Allegato 1 al PNA 2019.

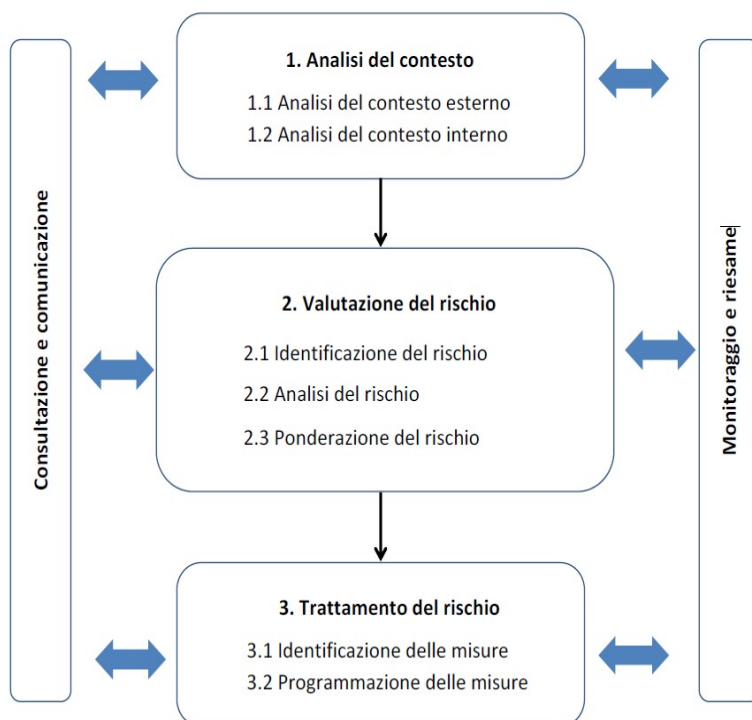
Pertanto, si procederà nel corso dell'anno 2021 nei termini suindicati, utilizzando il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), in modo graduale.

In tal senso, si ritiene utile riportare nella presente Sezione le indicazioni di carattere generale e specifico sul processo di gestione del rischio di corruzione formulate dall'Autorità, opportunamente contestualizzate nell'ambito istituzionale di riferimento; ciò onde orientare le attività /azioni di tutti i soggetti coinvolti nel processo secondo una metodologia di sistema.

Lo svolgimento di tutte le attività funzionali a tale fine presuppone un contributo fattivo di tutte le Strutture aziendali, ed in *primis* dei Dirigenti, tenuti a fornire le informazioni richieste per l'individuazione delle attività a rischio, a formulare specifiche proposte di prevenzione (art. 16, comma 1-bis, del 165/2001, lett. I-ter) e, comunque, la collaborazione di tutti i dipendenti con il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 8 del D.P.R. 62/2013).

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella Figura1:

Figura 1 – *Il processo di gestione del rischio di corruzione*



Il processo di gestione del rischio corruttivo è l'insieme delle attività coordinate per assicurare ed attuare misure organizzative sostenibili, ai fini del buon andamento e imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa nonché a prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica orientata al continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali quali la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema. Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza acquisita ed adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Il processo di gestione del rischio corruttivo è l'insieme delle attività coordinate per assicurare, e attuare misure organizzative sostenibili, ai fini del buon andamento e imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa nonché a prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

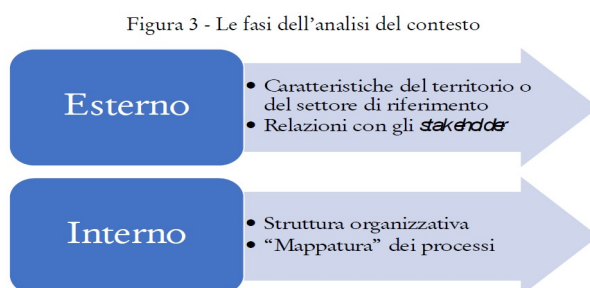
Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica orientata al continuo miglioramento. La valutazione del rischio corruzione parte dall'analisi degli elementi esterni ed interni del contesto dell'organizzazione, compresi i requisiti degli stakeholder, rilevanti ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal sistema di gestione per la prevenzione corruzione.

Sulla base delle informazioni relative al proprio contesto l’Azienda intende:²

1. Mappare correttamente e adeguatamente tutti i processi a rischio delle aree proprie e caratterizzanti il contesto organizzativo;
2. Identificare i processi sensibili in modo sufficientemente analitico e dettagliato
3. Identificare i rischi di corruzione
4. Analizzare i rischi e ponderare i rischi di corruzione
5. Valutare idoneità ed efficacia dei controlli esistenti a contenere i rischi stimati.

5. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno

Dapprima nel PNA 2013 e nel PNA 2016 come pure nei relativi successivi aggiornamenti (2015, 2017 e 2018), ora in particolare nel PNA 2019 e segnatamente nel relativo Allegato 1 recante *“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”* sia ha chiara contezza quale importanza assuma - nell’ottica di *“un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo che consenta di considerare la predisposizione del PTPCT come un processo sostanziale e non meramente formale”* – il processo di gestione del rischio a partire dalla sua prima fase riguardante l’analisi del contesto esterno ed interno.



Come evidenziato e considerato in sede di predisposizione del precedente PTPC (in cui si richiamava espressamente le puntualizzazioni al riguardo fornite nella "Relazione annuale 2017" e nella "Relazione annuale 2018" presentate dal Presidente dell'Autorità alla Camera dei Deputati, rispettivamente, il 6 luglio 2017 ed il 14 giugno 2018 come pure nel Report finale sull'"Analisi istruttoria per l'individuazione di indicatori di rischio corruzione e di prevenzione e contrasto nelle amministrazioni pubbliche coinvolte nella politica di coesione"), di tale rilevanza si ha contezza anche dai rilievi di cui all'"Intervento del Presidente ANAC" alla Camera dei Deputati in data 6 giugno 2019, in occasione della presentazione della "Relazione annuale 2018", oltre che dalle risultanze del Progetto su "Misurazione del rischio di corruzione a livello

territoriale e promozione della trasparenza", curato da ANAC nel corso del 2018 nell'ambito del "Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014 - 2020".

E' infatti attraverso l'analisi del contesto e quindi con l'acquisizione delle informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda in ragione:

- della specificità del contesto territoriale, economico e sociale, funzionale ad evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente in cui opera l'Azienda operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi condizionando anche la stessa valutazione del rischio ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione (contesto esterno);

- delle caratteristiche organizzative e funzionali delle Strutture aziendali e dei servizi da rendere e dei relativi processi mappati ed in grado di dare contezza del "sistema delle responsabilità" e del "livello di complessità dell'amministrazione" (contesto interno).

Si tratta, invero, di una fase di analisi di importanza "centrale" in quanto in grado di focalizzare - nella definizione di una efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo - i possibili "interessi particolari" tendenti a condizionare, influenzare e deviare le decisioni e le attività aziendali dalla cura dell'interesse generale.

L'analisi del contesto è, dunque, strumento per acquisire utili informazioni nella comprensione delle diverse situazioni cui si potrebbero ricondurre fenomeni di rischio corruttivo all'interno dell'Azienda e, pertanto, è volta ad orientare l'impostazione dello stesso PTPC verso un effettivo raccordo tra le funzioni strategiche di pianificazione, vigilanza, monitoraggio e controllo.

Non solo. L'analisi dei contesti deve rappresentare - in modo permanente, senza soluzioni di continuità - un riferimento per tutte le Strutture organizzative aziendali per meglio cogliere quali rischi potenziali possano discendere dalle condizioni di contesto territoriale ed ambientale e dallo stesso assetto strutturale e funzionale dell'Azienda.

Si precisa che ai fini dell'acquisizione dei dati e delle relative analisi - funzionali alla delineazione sia del "contesto esterno" che del "contesto interno" - quanto di seguito riportato deve intendersi comunque integrato dai dati e dalle analisi presenti nel "Piano della performance".

5.1 Analisi del contesto esterno

5.1.1 La situazione socio economica

L'anno 2020 è caratterizzato dall'emergenza pandemica COVID-19 in una fase del ciclo economico italiano già connotato da segnali di debolezza (-0,2% la variazione congiunturale del Pil nel quarto trimestre 2019).

In questo quadro le misure di contenimento adottate dal Governo hanno determinato nel mese di marzo la sospensione delle attività di settori in cui sono presenti 2,1 milioni di imprese (poco meno del 48% del totale), con un'occupazione di 7,1 milioni di addetti di cui 4,8 milioni di

dipendenti. Il blocco delle attività ha avuto effetti immediati sulla produzione. Secondo i dati di contabilità nazionale, nel primo trimestre dell'anno il Pil ha registrato una contrazione del 5,3% segnando arretramenti del valore aggiunto in tutti i principali comparti produttivi, con agricoltura, industria e servizi diminuiti rispettivamente dell'1,9%, dell'8,1% e del 4,4%.

Ad aprile gli indicatori statistici hanno registrato le difficoltà del tessuto economico nel fronteggiare i provvedimenti sul *lockdown*, segnalando una caduta delle vendite al dettaglio (-1,4% la variazione in volume rispetto a marzo), il crollo delle esportazioni verso i mercati extra-Ue (-37,6% la variazione congiunturale), un deciso calo dell'occupazione (-274mila unità rispetto al mese precedente) e una riduzione dei prezzi alla produzione sul mercato interno (-3,4% la variazione congiunturale), influenzati dai ribassi dei beni energetici (-0,1% la variazione al netto di questa componente) mentre l'inflazione al consumo si è azzerata.

Gli indicatori disponibili per il mese di maggio mostrano invece alcuni primi segnali di ripresa in linea con il processo di riapertura delle attività.

In media d'anno il Pil è previsto segnare un calo significativo rispetto al 2019 (-8,3%), influenzato dalla caduta della domanda interna che, al netto delle scorte, contribuirebbe negativamente per 7,2 punti percentuali. Anche la domanda estera netta e le scorte fornirebbero un contributo negativo ma di intensità decisamente ridotta (-0,3 e -0,8 punti percentuali rispettivamente). Il percorso di ripresa, previsto rafforzarsi nei prossimi mesi, produrrà effetti positivi, in media d'anno, nel 2021, quando il Pil è previsto tornare ad aumentare (+4,6%) sostenuto dal contributo della domanda interna al netto delle scorte (4,2 punti percentuali) e in misura più contenuta dalla domanda estera netta (0,3 punti percentuali) e dalle scorte (0,1 punti percentuali). Nonostante la ripresa, alla fine del 2021 i livelli dei principali aggregati del quadro macroeconomico risulterebbero inferiori a quelli del 2019 (Istat - Le prospettive per l'economia italiana nel 2020 - 2021, giugno 2020).

Relativamente al contesto territoriale regionale (fonte "Piano performance Regione Marche 2021-2023"), il peggioramento del quadro nazionale ed internazionale si riflette soprattutto sull'economia marchigiana. Infatti, le proiezioni elaborate da Prometeia, nello scenario di agosto 2020, stimano una forte recessione dell'economia della Regione in linea con la situazione italiana. Dall'osservazione dei dati, è evidente come per il 2020 sia previsto un repentino calo del PIL, una riduzione del valore reale di 4,3 miliardi di euro, corrispondente ad una variazione del -10,2%, valore vicino a quello italiano (-9,6).

Osservando il dato della domanda interna Prometeia stimata per il 2020 una riduzione complessiva di del -9,8%, anche i consumi delle famiglie subiranno una profonda contrazione. Il *lockdown* ha penalizzato alcune categorie di spesa, con una stima di recupero lenta per i periodi successivi. Nonostante le misure a sostegno delle famiglie, nel 2020 si assisterà ad una flessione del reddito disponibile con un modesto aumento nel successivo triennio.

Dopo un'ulteriore flessione delle esportazioni verso l'estero al 2020, le previsioni per le Marche, a partire dal 2021, sono attese in aumento (13,2%).

5.1.2 L'emergenza COVID

Preme sottolineare - come risulta dalle analisi dell'ISTAT - che l'impatto dell'emergenza COVID è stata determinante sull'aumento della mortalità nel nostro Paese, sin dall'inizio dello stesso anno. In Italia il primo caso accertato COVID è stato confermato il 20 febbraio 2020; si tratta del cosiddetto "caso zero", a partire dal quale si è assistito a una trasmissione locale che si è diffusa con grande velocità, dapprima in Lombardia e poi in molte Regioni del Nord, fino a raggiungere quelle del Centro. La propagazione ha interessato in maniera più contenuta il Sud e le Isole, frenata dalle iniziative volte alla prevenzione, con la chiusura di molte attività produttive, il blocco della circolazione delle persone e le misure di "distanziamento sociale". Il numero dei contagi ha toccato (al 4 giugno) 234 mila unità, il 54,1% tra le persone di sesso femminile; i più colpiti sono gli anziani e l'età mediana dei contagiati è di 62 anni. Quasi il 39% dei casi ha interessato la fascia di età degli ultrasessantenni, circa il 31% quella compresa tra i 51 e i 70 anni, oltre il 28% la fascia adulta tra i 19 e i 50 anni e poco più del 2% il gruppo con meno di 18 anni. Il prezzo pagato in termini di vite umane ha pochi precedenti nella storia del nostro Paese, con una letalità più elevata per i soggetti di sesso maschile in tutte le fasce di età, ad eccezione della fascia 0-19 anni. La diffusione dell'epidemia è disomogenea sul territorio, molto contenuta nelle Regioni del Sud e nelle Isole, mediamente più elevata in quelle del Centro rispetto al Mezzogiorno e molto elevata nelle regioni del Nord. Il 75% dei casi segnalati e l'82% dei decessi si localizzano nelle province definite a diffusione "alta", il 17% dei casi e il 13% dei morti in quelle a diffusione "media" e, rispettivamente, l'8% e il 5% nelle province a diffusione "bassa". Il 39% del totale dei decessi riguarda le donne e questa proporzione è leggermente più alta nel complesso delle province "a diffusione media" (43%). Il tasso di mortalità per COVID-19 è molto più elevato nelle aree a "diffusione alta" della malattia. Se si considerano i tassi standardizzati, che consentono di effettuare confronti tra province al netto delle differenze nella struttura per età, si può calcolare che in queste aree il tasso di mortalità per COVID-19 è pari a 84,1 decessi ogni 100.000 residenti, mentre per quelle a diffusione "media" si raggiunge solamente il 20,2 e in quelle a diffusione "bassa" il valore si riduce a 5,7 decessi. L'incremento complessivo dei decessi è la conseguenza più drammatica degli effetti della epidemia. Tuttavia, i dati disponibili forniscono solo una misura parziale di tale incremento, riferendosi ai soli casi di persone decedute dopo una diagnosi microbiologica di positività al virus ed essendo influenzati dalle modalità di classificazione delle cause di morte. Una misura universale dell'impatto dell'epidemia sulla mortalità della popolazione è data dall'eccesso dei decessi, per il complesso delle cause, risultanti dal confronto, a parità di periodo, dei dati 2020 con la media del quinquennio precedente (2015-2019). In tal modo si assume implicitamente che la diffusione dell'epidemia produca un aumento dei decessi anche non direttamente riferibili al COVID-19, ovvero al numero di casi positivi deceduti. Dall'analisi regionale spicca l'incremento più marcato dei decessi in Lombardia: si passa da una diminuzione del 6,9% nel periodo gennaio-febbraio 2020 - rispetto

alla media nello stesso periodo 2015-2019 – a un aumento del 188% nel mese di marzo; seguono l'Emilia-Romagna, con un aumento a marzo del 71%, il Trentino Alto-Adige (69,5%), la Valle d'Aosta (60,9%), la Liguria (54,3%), il Piemonte (51,6%) e le Marche (48,9%). A livello provinciale, all'interno della classe ad alta diffusione dell'epidemia, le aree più colpite hanno pagato un prezzo altissimo, con incrementi percentuali a tre cifre dei decessi nel mese di marzo 2020 rispetto al 2015-2019: Bergamo (571%), Cremona (401%), Lodi (377%), Brescia (292%), Piacenza (271%), Parma (209%), Lecco (184%), Pavia (136%), Pesaro e Urbino (125%) e Mantova (123%).

Nello specifico l'Istat ha relazionato sull'impatto COVID-19 sull'assistenza ospedaliera per monitorare gli effetti sanitari collaterali della pandemia. La relazione dell'Istat sottolinea che la pandemia ha avuto un significativo impatto sulla quantità e il tipo di offerta del sistema sanitario e ne potrebbe influenzare la dinamica e l'organizzazione anche in futuro. I primi dati disponibili sull'assistenza ospedaliera mostrano come, in risposta allo stress della domanda correlata al COVID-19, tutti i servizi sanitari regionali hanno reagito, come si è già detto, limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente. Il timore del contagio ha avuto un ruolo importante nel limitare la domanda. L'inevitabile redistribuzione di risorse e una temporanea riorganizzazione dei percorsi di cura potrebbero avere già avuto un impatto sulla salute dei cittadini, in termini di ritardi diagnostici e di trattamento. Le preoccupazioni maggiori riguardano le patologie cardiovascolari ed oncologiche, per la riconversione di reparti, la riduzione delle attività chirurgiche e la sospensione delle attività ambulatoriali su prenotazione, in aggiunta alla necessità di garantire ai pazienti di essere protetti dal rischio di infezione. In sintesi, dai dati emerge con chiarezza che nel mese di marzo sono diminuiti sensibilmente il ricorso al pronto soccorso dei casi non urgenti e il numero totale dei ricoveri totali, ma è cambiato il *mix* di cause di ricovero, con il picco di ricoveri per COVID-19 che hanno anche modificato la durata media della degenza; sono diminuiti i ricoveri per patologie ischemiche di cuore e per malattie cerebrovascolari; si è ridotta drasticamente l'offerta di interventi di chirurgia elettiva non urgente, ma non è cambiata l'offerta di interventi non differibili in ambito oncologico ed ortopedico. In tutte le regioni considerate si osserva nel primo trimestre del 2020 una riduzione degli accessi totali al Pronto Soccorso (PS) rispetto alla media dei due anni precedenti. La flessione comincia a manifestarsi nell'ultima settimana di febbraio, e alla fine del mese di marzo arriva a punte di circa il 70%.

I ricoveri ospedalieri (esaminati sulla base della data di dimissione) sono diminuiti in modo consistente in tutte le regioni nel mese di marzo 2020, sia rispetto ai mesi precedenti, sia rispetto alla media dello stesso mese nei due anni precedenti. Al momento non è possibile capire quanto questa riduzione sia dovuta a tempi medi di degenza più lunghi, dovuti ai ricoveri per COVID-19 che hanno sostituito una importante quota di ricoveri per altre cause, e che nel mese di marzo non avrebbero avuto il tempo di essere chiusi per dimissione. Di

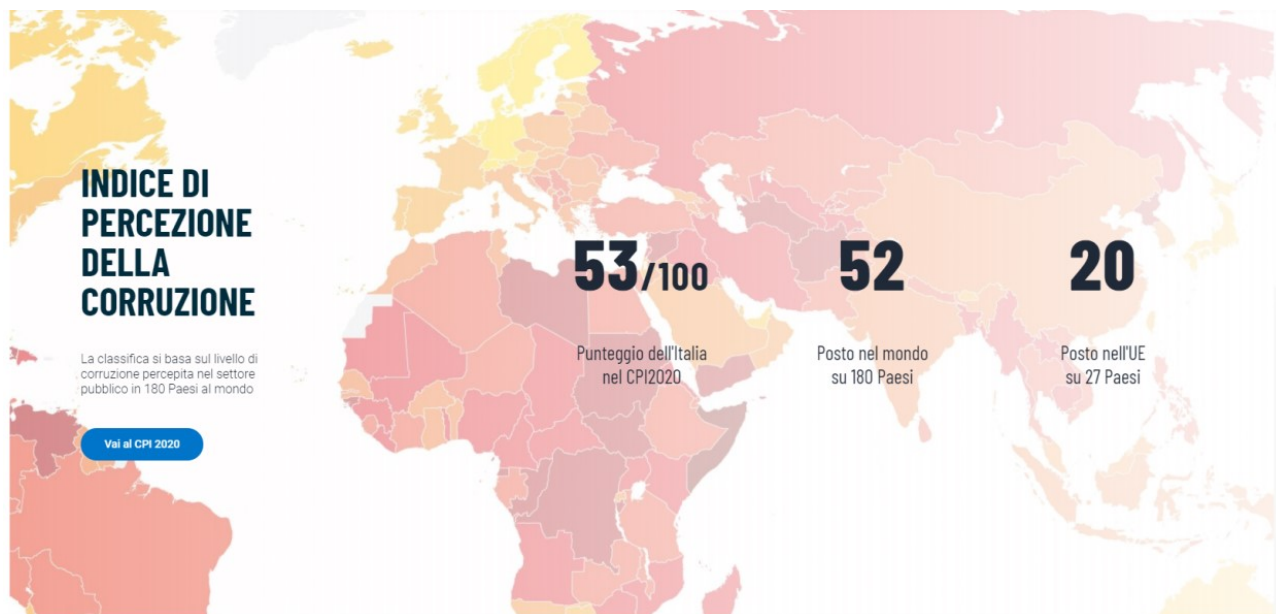
seguito, vengono analizzate solo le dimissioni per alcune cause specifiche di ricovero, che non dovrebbero essere influenzate dalla pandemia.

In campo cardiovascolare, è stato analizzato l'andamento settimanale dei ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA - STEMI), assieme alla rispettiva quota di ricoverati in terapia intensiva coronarica (UTIC) e di interventi di Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (PTCA) effettuati entro 90 minuti dall'inizio del ricovero. In tutte le regioni si osserva una progressiva riduzione dei ricoveri a partire dall'ultima settimana di febbraio, che raggiunge il 40% alla fine di marzo (rispetto al biennio 2018-2019); il fenomeno è meno accentuato in Toscana ed in Sicilia. Tuttavia, in quasi tutte le regioni, nel primo trimestre 2020 le ospedalizzazioni per infarto miocardico grave sono inferiori all'analogo periodo del biennio di confronto; non è quindi possibile, al momento, affermare con certezza che il calo di ricoveri per questa causa sia direttamente attribuibile alla crisi COVID-19. L'incidenza di ricoveri in UTIC e di pazienti trattati con angioplastica entro 90 minuti è rimasta invariata, indicando che le trasformazioni di offerta e organizzazione ospedaliera legate alla pandemia non sembrano aver compromesso la capacità di risposta rapida a situazioni cliniche che richiedono tempestività di intervento.

Nel campo della chirurgia elettiva, sono stati analizzati il volume degli interventi chirurgici programmati e il numero di alcuni gruppi di interventi, in particolare in campo oncologico. Nella prima parte del primo trimestre 2020, gli interventi chirurgici programmati (Figura 2.14) sono stati effettuati con la stessa frequenza osservata nel biennio precedente, ma con l'inizio della pandemia si sono rapidamente ridotti, fino a segnare un calo dell'80%. Le regioni si differenziano per l'inizio della discesa, che corrisponde ai tempi di esordio della pandemia nelle diverse regioni: in Lombardia il 24 febbraio, Piemonte e Toscana a partire dal 6 marzo, e Puglia e Sicilia con pochi giorni di ritardo. Per quanto riguarda la chirurgia oncologica, il basso numero dei casi non consente l'analisi settimanale delle singole sedi, ad eccezione degli interventi alla mammella), per i quali si osserva una riduzione di circa il 20% nel mese di marzo, con picchi fino al 40%

5.1.3 Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia

L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International, organizzazione internazionale non governativa, misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi del mondo. Lo fa basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli considerati "puliti". La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali.



Il Report 2020 di Transparency International dipinge una triste immagine dello stato della corruzione nel mondo: a partire dal 2012, la maggior parte dei territori ha fatto scarsi progressi nella lotta alla corruzione e più di due terzi ottengono un punteggio inferiore a 50 (il punteggio medio è 43 su 100). L'analisi dell'associazione non governativa mostra come la corruzione non solo abbia inficiato - a livello globale - la risposta sanitaria al COVID-19, ma rappresenti una vera spina nel fianco per la democrazia.

Proprio il 2020 si è rivelato uno degli anni peggiori per la lotta alla corruzione, con lo scoppio globale della pandemia e gli effetti devastanti sulla qualità e l'accesso alle cure, sulle condizioni economiche e sociali. L'emergenza sanitaria non ha solo minato la salute e inasprito la crisi economica già in atto, ma mostrato - sempre secondo l'indagine svolta da Transparency International - come la corruzione abbia contribuito a frenare una equa risposta ai bisogni di salute palesando il ruolo centrale della trasparenza dell'atto amministrativo e dell'adozione di misure contro la corruzione soprattutto in momenti di emergenza o crisi governativa. E' evidente dai risultati dei 180 Paesi coinvolti nell'indagine, che livelli elevati di corruzione comportino necessariamente una riduzione della qualità della vita, nonché un sistema sanitario compromesso con tassi più importanti di mortalità infantile e materna, maggiori decessi per pazienti affetti da cancro, da malattie croniche come diabete, insufficienza respiratoria o patologie cardiovascolari. La corruzione crea disuguaglianze, indebolisce e distorce le politiche sociali, tenendo in ostaggio la democrazia stessa.

I primi paesi che, secondo l'indagine, hanno un indice di percezione della corruzione basso sono Danimarca e Nuova Zelanda, con un punteggio di 88, seguiti da Finlandia, Singapore, Svezia e Svizzera. La maglia nera spetta al Sudan e alla Somalia con punteggi di 12 ciascuno, seguiti dalla Siria (14), Yemen (15) e Venezuela (15). Dal 2012, 26 paesi hanno migliorato le loro performance, ma nello stesso periodo altri 22 paesi hanno peggiorato il loro indice di percezione della corruzione.

Rispetto ai risultati del 2019, nel 2020 – in piena pandemia - l'Italia perde una posizione e scivola al 52esimo posto (con 53 punti su 100) insieme a Grenada, Malta, Mauritius e Arabia Saudita, registrando un rallentamento del trend positivo che aveva visto il paese guadagnare 11 punti dal 2012 al 2019 ma confermandosi al 20esimo posto tra i 27 stati membri dell'Unione Europea.



E' comunque evidente dall'indagine di Transparency International, che in meno di un decennio l'Italia ha compiuto significativi progressi nella lotta alla corruzione con l'introduzione del diritto di accesso generalizzato agli atti della pubblica amministrazione, l'approvazione della disciplina a tutela dei whistleblower, una maggiore trasparenza sui finanziamenti politici e, con la legge anticorruzione del 2019, un inasprimento delle pene previste per questi reati. Nonostante tale sforzo, resta prioritaria la lotta alla corruzione proprio per non vanificare il lavoro svolto e compromettere gli investimenti messi in campo nel corso della pandemia e, ancor di più, quelle risorse destinate al piano di ripresa, il Next Generation EU, che ha l'obiettivo di traghettare fuori dalla crisi l'UE e gettare le basi per una Europa più moderna e sostenibile.

Anche le raccomandazioni proposte dall'indagine di Transparency International, pongono l'accento - in questa fase della pandemia – sull'importanza di garantire l'accesso e la

pubblicazione dei dati perché proprio su questi si sono basate, e si basano ancora, alcune scelte che scandiscono e regolano la vita quotidiana delle persone e di cui – in realtà – poco viene condiviso: non è chiaro come vengano raccolti, e soprattutto non è consentito ai cittadini verificare e comprendere le decisioni prese in base a quei numeri. Disporre di dati aperti, i cosiddetti open data, o come li definisce Transparency International “dati disaggregati” è una questione di trasparenza, di controllo, di innovazione e di democrazia. Dopo un anno dall’inizio della pandemia ancora non sono disponibili dati aperti, aggiornati e tempestivi, sia dal punto di vista epidemiologico che economico.

5.1.4 situazione della legalità

Parimenti rappresentano utile riferimento per il costante monitoraggio e per ricalibratura/affinamento della strategia di prevenzione anche i dati e gli elementi risultanti dagli Interventi del *Presidente della Sezione Giurisdizionale della Corte dei Conti e del Procuratore regionale*, in occasione dell’Inaugurazione dell’Anno giudiziario 2020.

In particolare, destano interesse, alcune considerazioni sulla rilevanza criminosa, non necessariamente alla stregua dei delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A., di determinate condotte, che possono assumere rilievo quale elemento di comparazione, e fornire spunti di riflessione, anche nell’ambito dei 293 giudizi di responsabilità amministrativa.

Si richiama in tale contesto *“l’affermazione che la falsa attestazione del dirigente medico relativa alla sua presenza in ufficio, direttamente incidente sull’ammontare del c.d. “monte ore” in eccedenza, integra il reato di truffa ai danni dell’ente pubblico a prescindere dalla non remunerabilità di detto “monte ore”, poiché, mediante il sistema dei recuperi orari, ne deriva un danno immediato e diretto per la pubblica amministrazione conseguente alla mancata prestazione del servizio da parte del dipendente pubblico, considerato che l’amministrazione viene privata di prestazioni lavorative aventi contenuto patrimoniale, anche a carattere organizzativo, con ricadute sulla continuità ed efficienza del servizio”* (Cass. pen., Sez. II, 28 maggio 2019, n. 29628).

Sotto il profilo, poi, del sindacato del giudice sugli atti politici o comunque discrezionali, la Suprema Corte ha puntualizzato che il requisito della violazione di legge, ai fini dell’abuso d’ufficio, è ravvisabile anche nel caso dell’adozione di un atto formalmente qualificato come di indirizzo politico, ma in concreto avente un contenuto dettagliato e specifico, direttamente eseguibile da parte dei funzionari amministrativi (Cass. pen., Sez. VI, 11 dicembre 2018, n. 1742, depositata il 15 gennaio 2019).

Allo stesso modo, la Corte ha specificato, in tema di corruzione propria, che la contrarietà ai doveri d’ufficio è configurabile anche con riguardo al compimento di atti valutativi connotati da

elevata discrezionalità, ove risulti l'omissione della valutazione comparativa degli interessi pubblici e privati (Cass. pen., Sez. VI, n. 17972/2019, cit.).

Le analisi della Sezione sono indirizzate alla conoscenza di elementi sintomatici delle criticità di gestione (ritardi nell'attuazione dei programmi, mancata utilizzazione di fondi, scostamenti tra risultati e obiettivi) e sono, in particolare, concentrate sul rispetto dei canoni di efficienza, efficacia ed economicità della gestione, nonché all'effettiva funzionalità dei controlli interni e delle misure di prevenzione della corruzione.

5.2 Analisi del contesto interno

5.2.1 Organizzazione e funzionamento

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto concerne il contesto interno dell'Azienda, riferito quindi ai profili dell'organizzazione e della gestione operativa maggiormente sensibili al rischio corruzione, la relativa analisi muove dall'esame della struttura, dei ruoli e delle responsabilità interne nonché degli obiettivi e strategie aziendali.

Il livello di complessità dell'Azienda è in parte connaturato e discende dal peculiare regime giuridico che consegue alla qualificazione soggettiva assegnata dal legislatore alle aziende del SSN quali strutture organizzative complesse dotate di personalità giuridica pubblica ancorché dotate di autonomia imprenditoriale e come tali operanti in regime di diritto privato conformandosi ai principi del codice civile, fatti salvi i casi in cui, per espressa previsione legislativa, chiamate ad operare in regime pubblicistico.

D'altro canto, le singolarità del *modus operandi* dell'Azienda discendono pure da un dato fattuale ovvero che l'attività aziendale, pur comportando anche l'esercizio di compiti tipicamente amministrativi, si caratterizza essenzialmente per l'erogazione di prestazioni sanitarie agli utenti in virtù di un preciso obbligo di servizio pubblico.

Di qui, nella consapevolezza della propria missione di rilevanza collettiva ed anche in linea con i principi conformatori dell'attività dei soggetti erogatori di servizi pubblici, l'Azienda conforma il proprio operato nonché i propri atti ai principi di legalità, trasparenza, imparzialità, equità, logicità, ragionevolezza e correttezza; principi che, indipendentemente dall'autonomia imprenditoriale riconosciuta all'Azienda dall'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992, vengono ritenuti essenziali e fondanti l'attività aziendale sia nei rapporti interaziendali che verso terzi.

Si tratta, peraltro, dei principi generali sanciti dall'art. 1 della Legge 241/1990 e che hanno trovato ulteriore implementazione e specificazione nelle disposizioni in materia di "anticorruzione" e "trasparenza" (come da ultimo il D.Lgs. 97/2016), emanate a partire dal 2012 e costantemente integrate anche in virtù degli atti di *soft regulation* di ANAC.

Disposizioni, queste ultime, che hanno comportato e comportano anche per l'Azienda adempimenti volti ad assicurare, sia con atti generali che con atti e comportamenti specifici, la piena verificabilità del proprio operato assumendo come valore fondante quello della responsabilità di tutti gli operatori.

In aderenza a tali principi, l'Azienda ha provveduto e provvede alla definizione dei programmi e delle linee gestionali, delle competenze e delle responsabilità, assumendo come principali elementi di riferimento: la visione strategica dei processi, le capacità professionali e progettuali, l'oggettività e l'efficacia dei sistemi valutativi e dei relativi meccanismi premiali, l'aderenza all'etica della responsabilità personale ed istituzionale quale principio imprescindibile per la rilevanza collettiva dei servizi prestati e, come tale, qualificante l'appartenenza all'Azienda.

In particolare, assume rilievo essenziale l'attività dei ruoli manageriali (dirigenziali) i cui comportamenti e decisioni devono risultare adeguati ed appropriati per favorire la piena consapevolezza del carattere unitario dell'Azienda Marche Nord e della sua intima essenza pubblica quale riconosciuta dai cittadini utenti.

Conseguentemente, le relazioni con i cittadini-utenti devono risultare semplificate, tempestive e di costo ridotto, avvalendosi delle più opportune tecnologie dell'informazione e della comunicazione anche per assicurare un pieno ed effettivo diritto di accesso, anche alla luce delle recenti evoluzioni, prima tra tutte l'introduzione del cd. "accesso generalizzato".

La digitalizzazione e l'informatizzazione dell'Azienda sono obiettivo primario per l'innovazione ed il miglioramento del rapporto con il cittadino e la semplificazione dei processi interni.

Sul "contesto interno" ha ovviamente influito la riorganizzazione aziendale delineata dall'Atto aziendale approvato con Determina del Direttore Generale n.721 del 3 ottobre 2016, come modificata da successiva determina del Direttore Generale n.73 del 6 febbraio 2019 e, da ultimo, con determina DG 258 dell'8 giugno 2020.

Anche in virtù del nuovo assetto organizzativo risulta indispensabile proseguire nel corso dell'anno 2020 ad una estensione e specificazione aggiornata dei profili di contesto interno sempre nell'ottica di cogliere e circoscrivere (anche a prescindere dalla natura formale delle attività e dei procedimenti) gli ambiti operativi potenzialmente esposti a rischi corruttivi; ciò tenendo anche conto degli elementi desumibili dalla analisi del "contesto esterno".

Ragion per cui si provvederà conseguentemente ad una analitica rivisitazione dei processi con adeguamento della relativa mappatura che tenga conto delle singole fasi, dei livelli di responsabilità, delle tempistiche (delle prestazioni e degli atti) e dei relativi sistemi di controllo, come meglio precisato nei successivi paragrafi.

La suddetta attività sarà svolta assumendo a riferimento le specifiche indicazioni operative ANAC, con il supporto tecnico-professionale di tutti i Dirigenti e loro raccordo con il RPCT, nella logica di attivare per l'appunto – come precisato dalla stessa ANAC – un modello a rete in cui il RPCT, sulla base degli obiettivi ed indirizzi strategici della Direzione aziendale, possa effettivamente esercitare funzioni di impulso e coordinamento con il responsabile

coinvolgimento di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione.

Relativamente alla specifica missione dell'Azienda ed alla sua articolazione organizzativa, si rappresentano di seguito gli aspetti essenziali tratti dall'Atto aziendale.

L'Azienda ospedaliera "Marche Nord" è parte della rete dei servizi sanitari e ospedalieri della Regione Marche e costituisce centro di riferimento per la diagnosi e la cura dei pazienti che necessitano di trattamenti di alta specializzazione; la stessa ha valenza regionale e si classifica come Presidio Ospedaliero di II livello, così come definito dal DM 70/2015. In tal senso, costituisce un punto di riferimento per il contesto provinciale, oltre che uno strumento per ridurre la migrazione dei residenti al di fuori della Regione e per attrarre pazienti da altre Regioni. Invero, la sua dislocazione "*di confine*", adeguatamente valorizzata, costituisce un'opportunità per l'intera Regione, in termini di potenziamento del sistema sanitario complessivo.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'Azienda deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute, che post acute e riabilitative. In ogni caso, l'Azienda assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

L'Azienda integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali, in particolare nell'ambito dell'area provinciale geograficamente intesa, attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari), di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche) e di convenzioni finalizzate al perseguimento di obiettivi comuni con le strutture territoriali e volte a realizzare sinergie ed economie di scala.

L'Azienda, soggettivamente e giuridicamente unica, si articola in due Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero "San Salvatore": stabilimenti ospedalieri in Pesaro - P.le Cinelli, 4 e Via Lombroso,1;
- Presidio Ospedaliero "Santa Croce": stabilimento ospedaliero in Fano - Viale V. Veneto, 2.

Sono organi dell'Azienda, ai sensi dell'art. 4, comma 5, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 e dell'art. 3, comma 1-*quater*, del decreto legislativo 502/1992 e ss.mm.ii., il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

A) Il *Direttore Generale*

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda, assicura il perseguimento della *mission*, garantisce il governo complessivo dell'organizzazione, attraverso i poteri di gestione riconosciuti dalla legge ed è responsabile della realizzazione delle attività con riferimento agli obiettivi posti dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema sanitario, avvalendosi a tal fine di apposite strutture organizzative.

Il Direttore Generale assicura la gestione complessiva dell'Azienda in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza e, comunque, nel rispetto dei principi generali dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, in riferimento agli ambiti di rispettiva competenza, secondo le previsioni di cui all'art.3 del D.Lgs. 502/1992. I relativi dati sono pubblicati nel sito web aziendale, Sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Organizzazione.

B) Il *Collegio di Direzione*

Ai sensi dell'art.17 del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., il Collegio di Direzione, quale organo collegiale dell'Azienda, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, inclusa la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intra-muraria. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato dal Direttore Generale sulle le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Al riguardo, si richiama la Deliberazione di Giunta Regionale n.1238 del 14 ottobre 2019 con la quale la Regione Marche ha approvato le *Linee d'indirizzo per le Aziende ed Enti del SSR per la costituzione ed il funzionamento dei Collegi di Direzione*, disponendo l'adeguamento da parte delle stesse Aziende ed Enti dei rispettivi regolamenti. In tal senso, con determina del Direttore Generale n.20 del 23 gennaio 2020 si è provveduto al recepimento delle predette Linee di indirizzo e, quindi, all'adozione del Regolamento aziendale disciplinante la composizione ed il funzionamento del Collegio di Direzione.

C) Il *Collegio Sindacale*

Il Collegio sindacale, quale organo collegiale dell'Azienda, è composto da tre componenti nominati dal Direttore Generale sulla base delle designazioni di spettanza dei soggetti istituzionali secondo le indicazioni contenute nelle specifiche disposizioni di livello statale e/o regionali vigenti.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni decorrenti dalla data del suo insediamento.

Il Collegio Sindacale esercita le funzioni di vigilanza e controllo previste dall'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii..

I relativi dati sono pubblicati nel sito web aziendale, Sezione Amministrazione Trasparente –

sottosezione Consulenti e collaboratori.

D) *L'Organizzazione Dipartimentale*

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda Ospedaliera.

D.1) Il *Dipartimento* è una organizzazione con autonomia tecnico - professionale e gestionale per il conseguimento degli obiettivi assegnati in relazione alle risorse attribuite, tenuta ad operare sulla base del piano annuale delle attività e delle risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale.

Il Dipartimento è struttura di coordinamento aziendale, sovra ordinata alle Unità operative per gli aspetti gestionali o funzionali, costituita da strutture omogenee interdipendenti, affini o complementari, che perseguono comuni finalità pur mantenendo propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico - assistenziali, ovvero, tecnico - amministrativi.

Secondo quanto previsto dal vigente Atto aziendale le tipologie di Dipartimenti sono le seguenti:

- *Dipartimento strutturale o gestionale*, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative omogenee, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, operanti in ambito aziendale con gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico - strumentali ed economiche ad esso assegnate.

- *Dipartimento funzionale*, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative non omogenee, interdisciplinari, appartenenti contemporaneamente anche a Dipartimenti strutturali diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica. Il Dipartimento funzionale non è dotato di budget autonomo e non è soggetto a rendicontazione analitica.

- *Dipartimento interaziendale*, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative appartenenti ad Aziende diverse, con la finalità di perseguire obiettivi comuni con le strutture sanitarie insistenti sul territorio regionale. Per dare attuazione all'integrazione funzionale delle reti cliniche e dei percorsi/processi di ambito tecnico - amministrativo sono, tra l'altro, istituiti "Dipartimenti interaziendali" sulla base di formali specifici Accordi/Progetti tra l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e l'ASUR Area Vasta 1, finalizzati a realizzare sinergie ed economie di scala, così come previsto da specifiche disposizioni regionali (tra le altre, DGRM n.1174/2012).

La *Direzione del Dipartimento* è assicurata dal Direttore di Dipartimento e dal Comitato di Dipartimento.

Con determina del Direttore Generale n.276 del 15 giugno 2020 è stato adottato il *Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti e modalità di elezione dei Comitati di Dipartimento*.

D.2) Le *Unità operative* quali strutture organizzative che aggregano competenze multi - professionali e risorse tecniche e finanziarie, finalizzate all'assolvimento di specifiche e definite

funzioni, assicurando la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi nel rispetto degli indirizzi aziendali.

Le unità operative si distinguono in *complesse, semplici e semplici a valenza Dipartimentale*

L'Azienda intende, altresì, perseguire forme di collaborazione per la gestione coordinata di servizi erogati in più Aziende insistenti sul territorio regionale, sotto la direzione di un'unica struttura complessa incardinata in una di esse (*strutture complesse interaziendali*). Le Aziende interessate regolano, tramite convenzioni e/o protocolli di intesa, l'organizzazione ed i rapporti giuridici, economici e gerarchici che ne permettono l'operatività.

Alla *Direzione delle strutture* sono preposte figure dirigenziali alle quali vengono assegnati i relativi incarichi. Il conferimento e la revoca degli incarichi di direzione delle strutture avviene secondo le modalità e procedure previste in materia dalla vigente normativa, legislativa e contrattuale, nonché secondo la disciplina contenuta in apposito regolamento interno.

D.3) *Funzioni di natura professionale*

Coerentemente alla missione aziendale ed al fine di assicurare la giusta rilevanza delle funzioni di alto contenuto tecnico - professionale, si individuano, graduano e conferiscono, ai sensi dell'art. 15 - *ter* del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. e secondo le previsioni della contrattazione collettiva e dei regolamenti aziendali, incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e controllo.

D.4) *Incarichi di funzione*

A norma dell'art. 14 del CCNL Comparto Sanità 2016-2018, sulla base del proprio ordinamento, delle leggi regionali di organizzazione e delle scelte di programmazione nazionale e/o regionale, nonché in relazione alle esigenze di servizio, l'Azienda Ospedaliera istituisce incarichi di funzione per tutti i ruoli del comparto, nei limiti delle risorse disponibili nel fondo denominato "fondo condizioni di lavoro e incarichi" di cui all'art. 80 del contratto medesimo. Gli incarichi di funzione rappresentano lo strumento finalizzato a potenziare il proprio modello gestionale con caratteristiche di flessibilità e orientamento al decentramento delle responsabilità per il conseguimento dei risultati dell'Azienda Ospedaliera AORMN in relazione agli obiettivi affidati alle strutture.

Con determina del Direttore Generale n.379 del 28 luglio 2020, è stato adottato il Regolamento per l'istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione.

E) *I Dipartimenti*

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

- ♣ Unità Operativa Complessa Chirurgia Generale
- ♣ Unità Operativa Complessa Ortopedia e Traumatologia
- ♣ Unità Operativa Complessa Urologia
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Chirurgia Vascolare

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA

- ♣ Unità Operativa Complessa Oculistica
- ♣ Unità Operativa Complessa Otorinolaringoiatria
- ♣ Unità Operativa Complessa Senologia Breast Unit
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Odontostomatologia

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

- ♣ Unità Operativa Complessa Cardiologia ed UTIC
- ♣ Unità Operativa Complessa Pronto Soccorso e Medicina D'urgenza
- ♣ Unità Operativa Complessa Anestesia e Rianimazione in Urgenza
- ♣ Unità Operativa Complessa Anestesia e Rianimazione: Terapia del dolore e nutrizionale
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Emodinamica e Cardiologia Interventistica
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Cardiologia Fano e Scompenso cardiaco

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

- ♣ Unità Operativa Complessa Ostetricia Ginecologia
- ♣ Unità Operativa Complessa Pediatria
- ♣ Unità Operativa Complessa Neuropsichiatria infantile

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

- ♣ Unità Operativa Complessa Neurochirurgia
- ♣ Unità Operativa Complessa Neurologia
- ♣ Unità Operativa Complessa Riabilitazione

DIPARTIMENTO MEDICO

- ♣ Unità Operativa Complessa Medicina Interna
- ♣ Unità Operativa Complessa Nefrologia e Dialisi
- ♣ Unità Operativa Complessa Geriatria
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Endocrinologia e Diabetologia
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Post acuzie

DIPARTIMENTO MEDICO-SPECIALISTICO

- ♣ Unità Operativa Complessa Pneumologia
- ♣ Unità Operativa Complessa Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- ♣ Unità Operativa Complessa Malattie Infettive
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Allergologia
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Dermatologia

DIPARTIMENTO DI ONCO - EMATOLOGIA

- ♣ Unità Operativa Complessa Ematologia e Centro Trapianti
- ♣ Unità Operativa Complessa Oncologia
- ♣ Unità Operativa Complessa Radioterapia (funzionale)
- ♣ Unità Operativa Complessa Medicina Nucleare (funzionale)

DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE

- ♣ Unità Operativa Complessa Medicina Nucleare
- ♣ Unità Operativa Complessa Fisica Medica ed Alte Tecnologie
- ♣ Unità Operativa Complessa Diagnostica per Immagini
- ♣ Unità Operativa Complessa Radioterapia

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA CLINICA

- ♣ Unità Operativa Complessa Anatomia Patologica
- ♣ Unità Operativa Complessa Immunoematologia e Trasfusionale
- ♣ Unità Operativa Complessa Laboratorio Analisi
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Diagnostica ad alta complessità

DIPARTIMENTO DI ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA, SICUREZZA CLINICA, QUALITA' E FORMAZIONE

- ♣ Unità Operativa Complessa Direzione Medica: Qualità, Accreditamento e Formazione
- ♣ Unità Operativa Complessa Direzione Medica dei Presidi
- ♣ Unità Operativa Complessa Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Dipendenti
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Area Ambulatoriale, Flussi Informativi Sanitari e Libera Professione
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Sicurezza dei Pazienti e Medicina Competente
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Psicologia Ospedaliera

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

- ♣ Unità Operativa Complessa Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti
- ♣ Unità Operativa Complessa Gestione Approvvigionamento di Beni, Servizi e Logistica
- ♣ Unità Operativa Complessa Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane
- ♣ Unità Operativa Complessa Direzione Amministrativa di Presidio
- ♣ Unità Operativa Complessa Servizio Tecnico e Manutenzioni
- ♣ Unità Operativa Complessa Ingegneria Clinica ed Information and Communication Technology
- ♣ Unità Operativa Complessa Servizio informatico

STAFF DIREZIONE GENERALE

- ♣ Unità Operativa Complessa Affari Istituzionali e Generali
- ♣ Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione
- ♣ Unità Operativa Complessa Professioni Sanitarie IOTR
- ♣ Unità Operativa Complessa Farmacia
- ♣ Unità Operativa Semplice Dipartimentale Affari Legali

Funzioni aziendali

A livello organizzativo va inoltre considerato quanto previsto dall'art. 27 del vigente Atto aziendale in ordine al principio generale di separazione tra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali (in ragione di quanto disposto dal TU 165/2001 e ss.mm.ii. in raccordo con la disciplina di settore di cui al D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. nonché alle pertinenti disposizioni contrattuali), cui si correla il sistema delle deleghe.

In particolare in ambito aziendale si distinguono:

A) Funzioni di Governo

In particolare, anche considerando il quadro di riferimento delle principali funzioni aziendali delineato dall'art.16 dell'Atto aziendale (sia pure in termini di mera esemplificazione dei poteri espressivi dell'autonomia di governo riconosciuta dalla legge al Direttore Generale), le funzioni ed attività riservate in via esclusiva al Direttore Generale e come tali non suscettibili di essere oggetto di delega ai dirigenti sono quelle in cui trova espressione (sia con atti e decisioni aventi rilevanza esterna, sia con atti e decisioni meramente interne) il potere di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riferimento alle strategie per la realizzazione della *mission* aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, all'allocazione delle risorse ed alla valutazione dei risultati.

B) Funzioni Gestionali

A tutti i dirigenti responsabili di struttura compete, il potere organizzativo interno e di gestione delle risorse assegnate che viene assicurato con la distribuzione delle competenze.

I Responsabili di struttura organizzativa assumono tutte le funzioni di gestione economico - finanziaria, tecnica ed amministrativa, compresa l'adozione di tutti gli atti, amministrativi e di diritto comune, di natura vincolata che impegnano l'Azienda verso l'esterno, rientranti nelle competenze gestionali attribuite alle singole strutture operative cui gli stessi Dirigenti sono preposti (come da incarichi dirigenziali/contratti).

Inoltre, il Direttore Generale, su espressa delega e sulla base di specifica regolamentazione, può conferire l'esercizio di funzioni ed attività gestionali proprie al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed ai singoli dirigenti.

Resta fermo in capo al Direttore Generale il potere di revoca, anche parziale, della delega conferita e di sostituzione in caso di inerzia o di mancato rispetto di termini discendenti da atti generali presupposti.

Allo stesso Direttore Generale, quale titolare delle funzioni delegate, spetta comunque, nell'esercizio del proprio potere generale di controllo e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare le determinazioni dirigenziali che presentino profili di illegittimità o che si rivelino inopportune, nonché assumere ogni iniziativa consentita dal Codice Civile rispetto agli atti gestionali di diritto privato assunti dai dirigenti che risultino invalidi o non conformi/convenienti.

Tutte le funzioni degli organi aziendali sono esercitate attraverso l'adozione di atti/provvedimenti amministrativi oppure, nei casi previsti dalla normativa vigente, con atti di diritto privato, sempre comunque con osservanza dei principi generali dell'azione amministrativa.

Il regime delle determinazioni dirigenziali è quello proprio dei provvedimenti aventi rilevanza esterna adottati dal Direttore Generale.

Per quanto concerne la trasmissione al Collegio Sindacale degli atti adottati e la loro pubblicazione, se prevista, ci si conforma alla disciplina di cui all'art.17 della Legge Regionale 26/1996 e ss.mm.ii..

5.2.2 Politiche di qualità e politiche formative.

Nel corso del 2018 l'Azienda ha adottato il *Piano aziendale per la qualità* relativamente al triennio 2019/2021 ove sono indicate le strategie aziendali in tema di miglioramento della qualità negli strumenti di governo clinico e nel management.

In particolare gli obiettivi di qualità sono incentrati su: l'adozione del sistema di Accredimento Regionale della Regione Marche per garantire la qualità del servizio in termini organizzativi, tecnologici, strutturali, di sicurezza; il miglioramento continuo della qualità con analisi dinamica dei processi di produzione ed erogazione dei servizi volta alla ricerca, sviluppo, mantenimento e miglioramento dei risultati dell'organizzazione; il conseguimento della Certificazione ISO 9001:2015 dell'Azienda; il monitoraggio degli indicatori AGENAS e del D.M 70/2015 in ordine al rapporto tra volumi di attività e qualità delle prestazioni erogate.

In questo contesto un ruolo di rilievo è assegnato allo sviluppo delle competenze professionali, anche tramite la formazione continua. Infatti, l'Azienda, in qualità di Ente erogatore di formazione accreditato ECM dalla Regione Marche, ha assunto l'attività formativa come strumento essenziale per valorizzare i livelli di professionalità degli operatori e quindi incrementare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'innovazione dotandosi a tal fine di una specifica politica aziendale per la formazione connessa ed interagente con la politica della qualità. Al riguardo si richiama il *Piano aziendale della formazione* anno 2021 adottato con Determina del Direttore Generale n.43 del 29 gennaio 2021.

5.2.3 Le risorse umane, le risorse tecnologiche e gli investimenti

Relativamente a tali elementi non può che farsi riferimento agli atti e documenti di pianificazione e programmazione strategico gestionale adottati dall'Azienda e pubblicati sul sito

web aziendale, sezione "Amministrazione trasparente".

In particolare si richiamano espressamente:

- il Bilancio preventivo 2020 e relativi allegati, approvato con determina del Direttore Generale n.701 del 31 dicembre 2020 (pubblicato nella sottosezione "Bilanci");
- il Programma triennale delle opere pubbliche 2020-2022 approvato con Determina D.G. n. 659 del 17 dicembre 2020 (pubblicato nella sottosezione "Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture");
- il Programma biennale di forniture e servizi 2020 -2021 approvato con Determina D.G. n. 168 del 30 marzo 2020 (pubblicato nella sottosezione "Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture").

Per quanto riguarda la programmazione dell'acquisizione delle risorse umane si fa espresso riferimento alla programmazione del Piano di fabbisogno annuale, adottato con determina DG n. 388/2020, nel rispetto dei vincoli di costo del personale di cui all'art. 2, commi 71 e 72 della Legge 191/2009, nei termini indicati dalla direttiva vincolante di cui alla DGRM n.ro 115 del 10.02.2020, al netto della parte di costo del personale, gravante sull'esercizio 2020, impiegato per l'acquisizione del personale finalizzato al contenimento della pandemia COVID-19, ex DL 14/2020 e ss.mm. Il suddetto Piano è stato quindi approvato dalla Regione Marche con DGR 1281/2020.

Contestualmente, il fabbisogno del personale, sia in termini quantitativi che qualitativi, è stato rideterminato sulla base delle attività da svolgere, alla luce dei nuovi modelli organizzativi implementati nelle strutture sanitarie: organizzazione per intensità di cura in area medica e chirurgica; percorsi integrati tra attività omogenee tra i presidi di Pesaro e Fano anche tramite la costituzione di *équipe* integrate, centralizzazione dei laboratori e dei servizi sanitari privilegiando l'acquisizione di personale in profili professionali più specialistici e possibilmente con rapporti di lavoro a tempo indeterminato.

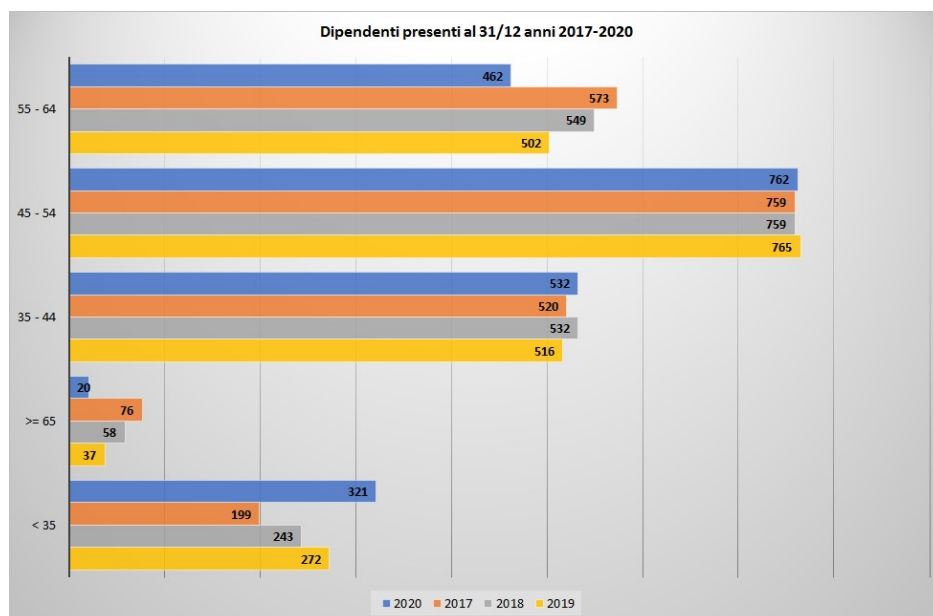
Un importante impatto sul personale è correlato alla Pandemia COVID-19, che ha comportato il reclutamento di ulteriori risorse umane, principalmente dell'area sanitaria, per far fronte all'emergenza.

Il contesto interno viene in *primis* rappresentato dalla distribuzione delle risorse umane in Azienda.

Nella tabella e nel grafico che seguono si riporta la distribuzione del personale dipendente in relazione all'età, su un confronto temporale di tre anni:

Dipendenti presenti al 31/12/20	2017	2018	2019	2020
ETA / ANNI				
< 35	199	243	272	321
>= 65	76	58	37	20
35 - 44	520	532	516	532
45 - 54	759	759	765	762
55 - 64	573	549	502	462
Totale complessivo	2127	2141	2092	2097

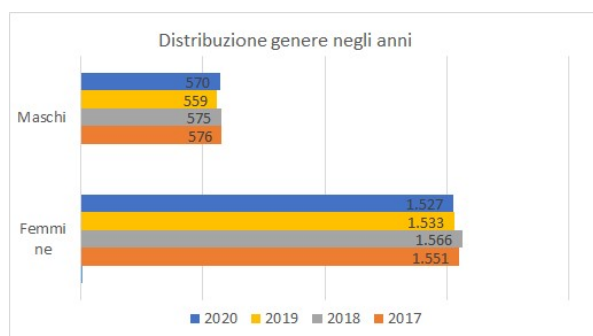
Dai dati riportati si constata che l'età del personale in servizio è prevalentemente concentrato nelle fasce di età 45-54 anni.



Dal grafico, che illustra la distribuzione del personale dipendente per fasce di età nell'arco del triennio, si evince che si è registrato nel corso del triennio una riduzione del personale con età inferiore ai 35 anni e, contemporaneamente, aumenta il numero di personale con età superiore ai 55 anni, fatta eccezione per l'anno 2020 dove vi è stato un rinnovamento del contingente sanitario.

Se si analizza il personale dipendente in base al genere, si può osservare una netta prevalenza del genere femminile

ANNO	Femmine	Maschi
2017	1.551	576
2018	1.566	575
2019	1.533	559
2020	1.527	570



Tuttavia tale prevalenza è principalmente concentrata nell'area contrattuale del comparto.

Distribuzione per genere e aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31/12/2020						
PERSONALE al 31/12/2020	Totale	% Totale	F	%F	M	%M
COMPARTO	1641	78,25%	1284	84,09%	357	62,63%
DIRIGENZA MEDICA	393	18,74%	202	13,23%	191	33,51%
DIRIGENZA NON MEDICA	63	3,00%	41	2,69%	22	3,86%
Totale complessivo	2097		1527		570	

Distribuzione del personale delle AREE DIRIGENZIALI a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato per genere al 31/12/2020						
DIRIGENTI (TI + TD) al 31/12/2020	Totale	% Totale	F	%F	M	%M
RUOLO AMMINISTRATIVO	10	2,19%	7	2,88%	3	1,41%
RUOLO PROFESSIONALE	5	1,10%	1	0,41%	4	1,88%
RUOLO SANITARIO	439	96,27%	234	96,30%	205	96,24%
RUOLO TECNICO	2	0,44%	1	0,41%	1	0,47%
Totale complessivo	456		243		213	

All'interno dell'area dirigenza, la distribuzione per genere è abbastanza equilibrata; viceversa nell'area del comparto la presenza del genere femminile nei quattro ruoli è nettamente superiore a quello maschile

Distribuzione dei ruoli del personale del COMPARTO a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato per genere al 31/12/2020						
COMPARTO (TI + TD) al 31/12/2020	Totale	% Totale	F	%F	M	%M
RUOLO AMMINISTRATIVO	124	7,58%	91	7,09%	33	9,35%
RUOLO PROFESSIONALE	1	0,06%		0,00%	1	0,28%
RUOLO SANITARIO	1169	71,45%	938	73,11%	231	65,44%
RUOLO TECNICO	342	20,90%	254	19,80%	88	24,93%
Totale complessivo	1636		1283		353	

5.2.4 Attività ospedaliera- Emergenza Covid 19

Nel 2020 la pandemia COVID-19 ha fortemente condizionato l'attività svolta dall'Azienda Marche Nord. Pertanto si riportano, di seguito, la linea temporale dell'impatto della pandemia sull'Azienda Marche Nord.



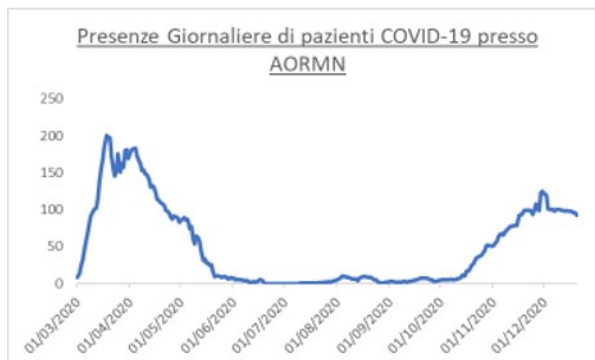
COVID -19: i numeri dell'azienda Marche Nord 2020



Totale dimessi
1.497

Terapia Intensiva

- ✓ 111 dimessi
- ✓ 21% dei ricoverati hanno necessitato di assistenza in reparti di TI



Dal 26 Febbraio 2020 al 31 Dicembre 2020 si sono registrati 1.497 dimessi dai reparti dedicati ai pazienti sospetti/positivi per COVID-19, con il 21% dei pazienti ricoverati che hanno necessitato di assistenza in reparti di TI.



COVID -19: i numeri dell'azienda Marche Nord 2020



Pronto Soccorso

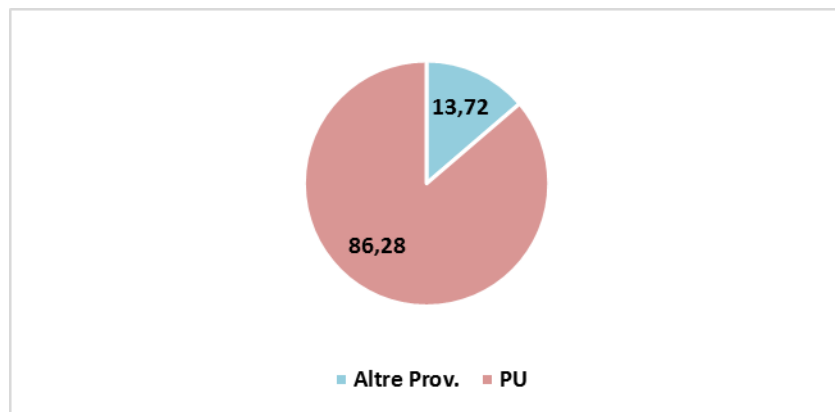
- ✓ 5.131 accessi pazienti con patologia respiratoria
- ✓ 57.192 accessi totali nel 2020



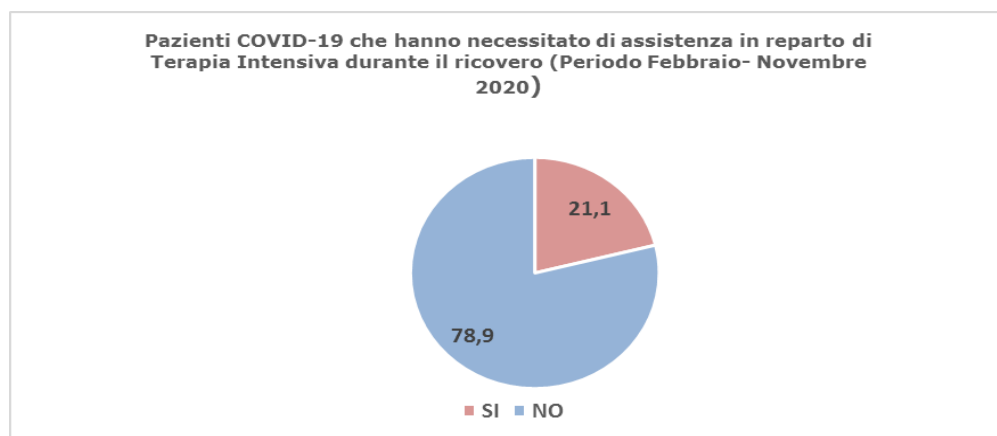
Nel 2020 si sono verificati 57.192 accessi nei 2 pronto soccorso, di cui 5.131 (9%) relativi a pazienti con patologia respiratoria.

L'Azienda Marche Nord ha garantito il ricovero, oltre che ai pazienti residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino, anche a pazienti provenienti dalle altre Provincie.

Provincia di residenza dei pazienti COVID-19 ricoverati presso AORMN (Periodo Febbraio-Novembre 2020)



Dal grafico si evidenzia che ben il 13,72% dei pazienti dimessi per COVID-19 nel periodo febbraio-novembre risultava essere residente presso altre Provincie, ed in particolare durante la seconda ondata ben il 18% dei pazienti proveniva dal Distretto di Urbino/ Altre provincie della Regione.



Dalle tabelle e grafici sopra riportati si evince l'alto carico assistenziale che è stato necessario erogare e che continua tuttora ad essere erogato ai pazienti COVID-19 positivi, con l'impegno di un elevato numero di risorse professionali, tecnologiche e strumentali. Difatti ben il 21,1% dei pazienti che hanno necessitato di ricovero, nel corso della degenza, hanno necessitato di assistenza presso un reparto di Terapia Intensiva ed oltre il 65% dei pazienti risultano dimessi da reparti di medicina semintensiva, che, in coerenza ai requisiti di autorizzazione delle strutture ospedaliere ex DGRM 1669/2019 presentano un elevato rapporto di minuti di assistenza minima per posti letto /die.

5.2.5 - Equilibrio Economico finanziario

Un particolare richiamo merita l'Art. 1, commi 521 - 547 della Legge 208 del 28 dicembre 2015 ed il decreto del 21 giugno 2016, in cui sono dettate le disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario e nel rispetto dei LEA, da erogarsi in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Nel dettaglio, sulla base di quanto disposto nei commi 524, 526, 528, 529, 530 dell'art. 1, si prevede che le AO, le AOU, gli IRCSS, che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- a) uno scostamento tra costi e ricavi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico CE consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, pari o superiori al 7% dei suddetti ricavi, o in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro
- b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure devono presentare alla propria regione il piano di rientro non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o dell'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei due disallineamenti. Con il Medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tenendo conto di quanto previsto nel DM 70/2015.

L'Azienda Marche Nord, prendendo a riferimento i dati storici e quelli del bilancio di esercizio 2019, presenta la seguente situazione

REQUISITO a) COMMA 524-526-528-529-530 DELLA LEGGE N. 208/2015			
Scostamento tra costi e ricavi determinati come remunerazione dell'attività.....pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi o in valore assoluto pari ad almeno 7 mil			
	2017	Bilancio 2018	Bilancio 2019
scostamento assoluto (S)= Costi-Ricavi massimi ammissibili	- 14.623.135,07	- 32.127.940,84	- 35.112.491,16
Scostamento % (S%) = S/(Ricavi prestazioni new+finanziamento per funzioni massimo ammissibile	-6,29%	-12,76%	-12,76%

Dalla lettura del dato, si evidenzia uno spiccato virtuosismo dell'Azienda, nel rispettare il dettato normativo di cui al requisito a) della legge 208/2015 con un trend in netto miglioramento rispetto allo storico.

5.2.6 Area Acquisti – Emergenza Covid

Con Delibere del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020 e del 29/07/2020 e del 07/10/2020 è stato dichiarato, fino al 31/01/2021, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio COVID-19 ed è stata disposta l'adozione di ordinanze da parte del Capo del Dipartimento della Protezione Civile per l'attuazione degli interventi da effettuare nella vigenza del predetto stato di emergenza.

In relazione alla situazione al tempo configuratasi già in data 31/01/2020 questa Azienda ha emesso ordini di acquisto di DPI in esecuzione di contratti già in essere, al fine di aumentare prudenzialmente il livello delle scorte di magazzino, al fine di scongiurare situazioni di potenziale crisi di stock.

Nei giorni seguenti il G.O.R.E.S. (Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie) ha fornito le prime indicazioni in merito alla tipologia di DPI da utilizzare in caso di emergenza sanitaria (es. camici idrorepellenti, facciali filtranti, mascherine chirurgiche, ecc.) sulla base delle linee guida adottate dal ISS. In questa Azienda - a partire dal 22/02/2020 - è stata attivata una task force aziendale impegnata nel reperimento dei DPI, in particolare:

- il SPP (Servizio Prevenzione e Protezione) ha fornito le caratteristiche tecniche e normative dei dispositivi ed ha effettuato la verifica di conformità tecnica dei prodotti offerti;
- la Medicina Competente ed il SIO hanno fornito indicazioni la tipologia di DPI/DM che gli operati dovevano indossare, in base alle attività assistenziali svolte e alla funzione ricoperta e ai relativi rischi connessi;
- la UOC Approvvigionamento ha effettuato la ricerca e selezione di fornitori, con ogni mezzo utile (manifestazione di interesse, richieste di preventivo a mezzo mail a ditte individuate mediante indagini di mercato o mediante ricerche mirate su internet nelle categorie merceologiche afferenti a prodotti sanitari, prodotti specifici per sale operatorie, prodotti per studi dentistici, materiale antinfortunistico, ecc., e tramite Me.Pa).

La Direzione Aziendale, con specifiche e ripetute note ha da subito dato preventiva comunicazione al Soggetto Attuatore emergenza epidemiologica da COVID-19 della Regione Marche, al GORES e al Dirigente Servizio Sanità della Regione Marche circa le azioni poste in essere per l'avvio di *procedure per l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali salva vita e dei dispositivi di protezione individuali, nella misura strettamente necessaria ed indifferibile alla gestione ed ad un primo superamento della criticità di cui in premessa*. Dette comunicazioni sono state formalizzate puntualmente per tutto il periodo emergenziale, unitamente alla fornitura di tutti i flussi relativi ai consumi di DPI in adempimento alle disposizioni degli Uffici Regionali competenti

Inoltre, sempre nell'ottica di garantire livelli di scorte adeguate al flusso dei consumi aziendali, l'Azienda ha pubblicato sul proprio sito internet un avviso di manifestazione di interesse **aperto** a qualsivoglia fornitore e per tutto il periodo dello stato di emergenza.

Successivamente in data 09/03/2020 Consip spa ha avviato una procedura negoziata d'urgenza per l'affidamento di accordi quadro per la fornitura di dispositivi di protezione individuale e apparecchiature elettromedicali, dispositivi e servizi connessi destinati all'emergenza sanitaria; la cui gestione (ordinativi di fornitura, distribuzione, ecc.) veniva tuttavia affidata direttamente ai Soggetti attuatori regionali e non alle singole Amministrazioni;

Al fine di approvvigionarsi di DPI/DM in quantità sufficiente per soddisfare le esigenze aziendali, si è reso necessario ed indispensabile porre in essere una strategia di reperimento che ha comportato la necessità di rinvenire i materiali da una pluralità di operatori economici. Infatti l'aggiudicazione delle forniture è stata effettuata al prezzo più basso (trattandosi di beni con caratteristiche standardizzate e le cui condizioni sono definite dal mercato), previo accertamento tecnico di conformità e verifica del possesso della marcatura CE o della procedura in deroga, escludendo le ditte che richiedevano pagamenti anticipati e tenendo conto dei tempi di consegna del materiale.

In merito alla legittimità delle procedure di acquisizione in oggetto si rende necessario evidenziare quanto segue:

- le procedure si sono svolte nel rispetto delle previsioni del D.Lgs n. 50/2016 s.m.i, tuttavia, in conformità a quanto previsto dal combinato disposto dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della

Protezione Civile n. 630/2020 e n. 639/2020, si è proceduto in deroga ai seguenti articoli del Codice degli appalti:

- art. 21 in relazione alla previsione della delibera di programmazione, trattandosi di acquisizioni non preventivate la cui necessità deriva dall'attuale stato di emergenza (per gli acquisti effettuati prima dell'adozione del succitato provvedimento di programmazione n. 168/2020);
- art. 32 nella parte in cui si prevede l'aggiudicazione efficace a seguito dei controlli dei prescritti requisiti e l'applicabilità dello standstill ai fini della stipula, al fine di garantire la massima celerità dell'approvvigionamento;
- art. 34 previsione dei criteri di sostenibilità energetica e ambientale, in considerazione della peculiarità dei Dispositivi di protezione oggetto della presente iniziativa;
- le procedure sono state avviate, senza indugio, per garantire l'arrivo dei dispositivi di cui trattasi nel più breve tempo possibile, tenuto conto dell'emergenza e dello stato di necessità in corso, ricorrendo a tempi abbreviati rispetto alle tempistiche previste dalle procedure di acquisto ordinarie, contenute nel Codice dei Contratti Pubblici;
- le procedure avviate trovano fondamento giuridico negli artt. 36, 63 - comma 2, lett. c) e comma 6 e 163 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., in particolare l'art. 63, comma 2, lett. c) e comma 6 del D.Lgs. 50/2016 consente il ricorso alla procedura negoziata senza bando *"...omissis... nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivante da eventi imprevedibili dall'amministrazione aggiudicatrice, i termini per le procedure aperte o per le procedure ristrette o per le procedure competitive con negoziazione non possono essere rispettati. Le circostanze invocate a giustificazione del ricorso alla procedura di cui al presente articolo non devono essere in alcun caso imputabili alle amministrazioni aggiudicatrici...omissis... Le amministrazioni aggiudicatrici individuano gli operatori economici da consultare sulla base di informazioni riguardanti le caratteristiche di qualificazione economica e finanziaria e tecniche e professionali desunte dal mercato, nel rispetto dei principi di trasparenza, concorrenza, rotazione, e selezionano almeno cinque operatori economici, se sussistono in tale numero soggetti idonei ...omissis..."*;
- le offerte pervenute e ritenute conformi da un punto di vista tecnico ed economicamente congrue (cfr. rispetto ai prezzi di mercato in essere durante il periodo emergenziale) sono state formalizzate tramite il MePA di Consip S.p.A. (per importi superiori a euro 5.000,00 IVA esclusa e nei confronti degli operatori economici presenti sul Me.Pa) in conformità all'art. 15 comma 13 lett. d) del D.L. n. 95/2012, nel testo risultante dalla legge di conversione L. 135/2012;
- tutti gli ordinativi di fornitura verranno emessi tramite gestionale Aziendale SIA-AREAS;
- non sarà stato effettuato alcun pagamento anticipato;
- tutti gli ordinativi verranno emessi con apposita tracciatura al fine di alimentare i flussi contabili prodromici alla rendicontazione specifica, come previsto da ordinanze e direttive emanate in materia a livello nazionali e/o regionali;
- i beni acquistati non rientrano tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal DPCM 11/07/2018;
- non esistevano convenzioni attivate da Consip per i beni in oggetto alle quali possano aderire le singole Amministrazioni.

Occorre sottolineare che l'articolo 18 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 prescrive l'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco "COV 20", al fine di garantire una

tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Allo scopo l'Azienda ha definito regole per la tracciabilità degli acquisti e dei consumi assorbiti per la gestione dell'emergenza covid:

1. gli acquisti legati alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, sono stati emessi con il dettaglio del campo 'Accounting Cost' (presente sia a livello di testata del Documento, sia a livello di linee d'ordine), "COV20". Ciò permetterà di riconoscere immediatamente le fatture espressamente riferite a questo tipo di spesa, perché l'identificativo dell'Ordine è uno dei campi che i Fornitori sono tenuti a valorizzare all'interno della fattura elettronica.
2. I consumi sono stati attribuiti grazie al sistema di contabilità analitica ai centri di costo speciali COVID.
3. È stato strutturato un flusso di dati in grado di rispondere puntualmente al debito informativo in favore dei vari Uffici Ministeriali e/o Regionali oltre che per finalità rendicontativi.

6. La "mappatura" dei processi

Come puntualmente segnalato da ANAC nel PNA 2019 (e segnatamente nel relativo Allegato 1) e richiamando quanto rilevato al precedente par. 4 sulle "Linee generali" della gestione del rischio, la mappatura dei processi costituisce aspetto centrale dell'analisi del contesto interno e consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi.

Rappresenta, infatti, un requisito indispensabile per l'individuazione di adeguate misure di prevenzione e per garantire la qualità della gestione del rischio. Obiettivo centrale e strategico (anche strettamente correlato alla politica della qualità aziendale incentrato sul percorso di Certificazione ISO 9001:2015) è la mappatura di tutte le attività aziendali per meglio identificare le aree che, per loro natura e caratteristiche, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi (ivi compresi i servizi esternalizzati a terzi).

A seguito dell'assunzione da parte di ANAC della nuova metodologia formalizzata con il PNA 2019, il RPCT ha invitato le Unità Operative direttamente interessate ad elaborare una rivisitazione delle mappature in precedenza definite cui è conseguita una prima riformulazione delle stesse.

La mappatura del rischio sarà condotta in stretto raccordo con il Sistema di Controllo di Gestione, il Sistema di Gestione della Qualità ed il Responsabile dei PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) oltre che con il Sistema delle Performance, secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Nel corso dell'anno 2021 verrà affinata la mappatura preliminare delle attività "sensibili" opportunamente integrate con esempi di possibili reati e comportamenti illeciti.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

1. Identificazione ⇔ **2. Descrizione** ⇔ **3. Rappresentazione**

A) FASE 1: Identificazione

L'identificazione dei processi ha come obiettivo la definizione della **lista dei processi** (o catalogo dei processi) che saranno oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase di "descrizione" degli stessi.

a) A tal fine, si procederà alla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne, con analisi della documentazione interna rilevante per l'organizzazione e per le attività (quali: organigramma, funzionigramma, job description, regolamenti, procedimenti amministrativi, repertorio degli atti del Direttore Generale e dei Dirigenti, titolario di classificazione dei documenti, procedure PAC) al fine di effettuare una prima catalogazione, in macro-aggregati, dell'attività svolta.

Sotto il profilo operativo, verranno eventualmente effettuate analisi di benchmark relative a modelli di processi tipici degli Enti del servizio sanitario anche ai fini di un confronto sistematico e di metodo.

b) Nella definizione e individuazione delle aree di rischio occorre tenere conto comunque che le stesse si distinguono in generali e specifiche. Le prime, come evidente, sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche si correlano alle caratteristiche peculiari delle attività aziendali.

L'elenco dei processi viene quindi aggregato per "aree di rischio".

In continuità con il precedente PTPCT, si dà evidenza che l'individuazione delle aree di rischio, generali e specifiche, a livello aziendale è avvenuta con il coinvolgimento dei Dirigenti delle Strutture interessate sotto il coordinamento del RPCT, a sua volta coadiuvato dal Gruppo di supporto allo stesso Responsabile. La definizione delle suddette aree di rischio e delle relative misure di prevenzione della corruzione ha tenuto anche conto degli approfondimenti/raccomandazioni contenuti nei PNA 2013, 2015, 2016 e 2017, con particolare riferimento alle specifiche sezioni concernenti l'ambito del Servizio Sanitario Nazionale correlandoli alle caratteristiche organizzative e funzionali proprie dell'Azienda.

Pertanto, le aree di rischio, generali e specifiche, allo stato attuale già individuate a livello aziendale, risultano le seguenti:

Tabella- Aree di rischio e processi

Aree di rischio	Processi
Contratti pubblici (ex Acquisizione beni, servizi e affidamento lavori)	Programmazione acquisti di beni e servizi e lavori

	Progettazione
	Selezione del contraente (Procedura di gara)
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
	Esecuzione del contratto
	Rendicontazione del contratto
Acquisizione e gestione del personale (ex Gestione risorse umane)	Programmazione fabbisogno personale
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo indeterminato
	Procedura di reclutamento Assunzioni a tempo determinato
	Mobilità tra Azienda ed Enti
	Rilevazione Presenze (da mappare)
	Gestione Stipendiale (da mappare)
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Ciclo attivo
	Ciclo passivo
	Donazioni
	Comodati d'uso
	Gestione del patrimonio
Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni	(da mappare)
Incarichi e nomine	Incarichi extraistituzionali
	Incarichi professionali, di consulenza, di collaborazione
	Incarichi di docenza
	Incarichi dirigenziali strutture complesse e semplici
Affari legali e contenzioso	Affidamento incarichi a legali esterni (da mappare)
Attività Libero professionale	Gestione attività libero professionale
Liste di attesa	gestione delle liste di attesa
Farmaceutica e dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione del magazzino/movimentazione delle scorte
	Sperimentazioni cliniche
Attività conseguenti ai decessi in ambito ospedaliero	(da mappare)

Come rilevato nel precedente Piano 2020-2022, la definizione delle aree di rischio sarà completata e integrata nel triennio 2021-2023 sulla base delle indicazioni di cui al PNA 2019 (anche per quanto attiene la loro denominazione).

B) Fase 2: Descrizione

Atteso che la descrizione del processo è rilevante per meglio cogliere le relative criticità e approntare i necessari correttivi, si deve giungere ad una descrizione analitica dei processi in maniera progressiva nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, tenendo conto delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili.

In tal senso, vengono individuate – sulla base di elementi documentali - le priorità di approfondimento delle aree di rischio; approfondimento che riguarderà: a) gli “elementi funzionali” alla descrizione dei processi; b) le aree di rischio da approfondire.

Come indicato da ANAC nel PNA 2019, si riportano gli “elementi funzionali” considerati utili nella descrizione dei processi:

- elementi in ingresso che innescano il processo – “input”;
- risultato atteso del processo – “output”;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l’output – le “attività”;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività (nei casi in cui i tempi di svolgimento sono certi e/o conosciuti, anche in base a previsioni legislative o regolamentari);
- vincoli del processo (rappresentati dalle condizioni da rispettare nello svolgimento del processo in base a previsioni legislative o regolamentari);
- risorse del processo (con riferimento alle risorse finanziarie e umane necessarie per garantire il corretto funzionamento del processo (laddove le stesse siano agevolmente ed oggettivamente allocabili al processo));
- interrelazioni tra i processi;
- criticità del processo.

Relativamente alle “aree di rischio da approfondire” si tiene conto – sempre in aderenza agli indirizzi operativi di ANAC e di cui al PNA 2019 - dei seguenti elementi:

- risultanze dell’analisi del contesto esterno;
- precedenti giudiziari o “eventi sentinella” relativi a particolari episodi attinenti a specifici ambiti di interesse dell’amministrazione;
- analisi del contesto interno.

Infine, considerato la precisazioni ANAC contenuta dell’Allegato 1 del PNA 2019 secondo cui “Per quei processi per i quali l’attività di descrizione è, temporaneamente, rimandata

all'annualità successiva, si dovrà comunque procedere alle fasi successive del processo di gestione del rischio e in particolare alla valutazione e al trattamento" (pag. 19) e tenendo conto delle indicazioni operative della stessa Autorità (pag. 31) per ogni processo risultante dal Catalogo dei processi (come redatto nei termini indicati sub Fase 1) viene comunque individuato – esclusivamente nella fase transitoria di implementazione del sistema di gestione del rischio - almeno un evento rischioso.

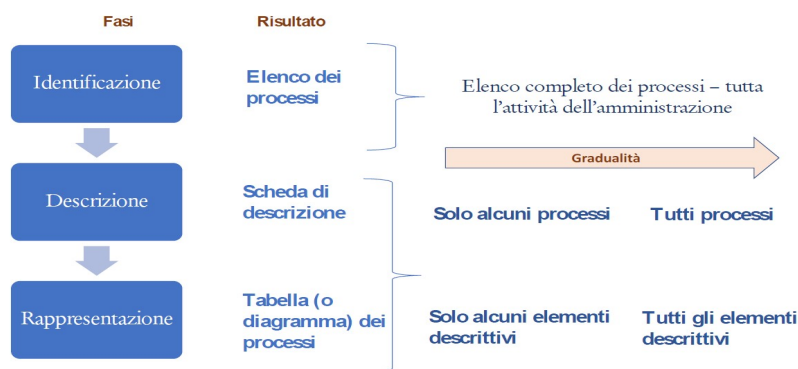
C) Fase 3: Rappresentazione

In questa fase si procede alla rappresentazione degli elementi descrittivi del processo utilizzando la seguente Tabella.

Tabella - Rappresentazione sintetica

Processo	Attività	Responsabilità
Processo A	Attività 1	Unità organizzative 1 e 2
	Attività n.	Unità organizzative n.

Figura 6 – La gradualità della mappatura dei processi



7. 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).

Appare rilevante in tale contesto richiamare testualmente la norma ISO:31000: "l'effetto dell'incertezza sugli obiettivi", ove : "l'effetto è una deviazione del risultato atteso- positivo o

negativo” e l’incertezza e “ l’assenza seppure limitata, di informazioni riguardanti la comprensione o la conoscenza di un evento, della sua conseguenza o della sua probabilità”

7.1 Identificazione degli eventi rischiosi

In questa fase sono individuati i comportamenti o i fatti che possono verificarsi in relazione ai processi aziendali e tali da dare luogo – anche solo ipoteticamente - a fenomeni corruttivi.

Determinante è l’apporto e la collaborazione dei responsabili degli uffici (o dei processi) in ragione della diretta e puntuale conoscenza delle specifiche attività.

L’identificazione degli eventi rischiosi richiede: a) la definizione dell’oggetto di analisi; b) l’utilizzazione di tecniche di identificazione e di fonti informative; c) l’individuazione dei rischi associabili all’oggetto di analisi.

A) Definizione dell’oggetto di analisi

Secondo le indicazioni del PNA 2019 per tale fase *“è necessario definire, in via preliminare, l’oggetto di analisi, ossia l’unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi; l’oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti. Oggetto di analisi può essere, infatti, l’intero processo o le singole attività di cui si compone il processo”*.

Al riguardo l’Azienda assume quale livello di analisi, di norma, le singole attività di cui si compone il processo.

In fase di prima applicazione della metodologia del PNA 2019 (e secondo il sopra richiamato di gradualità), per talune aree sarà oggetto di analisi l’intero processo (senza scomposizione in corrispondenti attività) con identificazione degli eventi rischiosi che possono manifestarsi anche non necessariamente collegati a singole attività.

In seguito si procederà comunque – mediante programmazione di specifiche azioni e secondo la programmazione delle attività definite dal Gruppo di Lavoro – a migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell’analisi.

Il livello minimo di analisi attiene e riguarda, comunque, quei processi in cui, a seguito di adeguate e rigorose valutazioni, il rischio corruttivo viene ritenuto basso e per i quali non si siano manifestati fatti o situazioni indicative di criticità (ad esempio segnalazioni).

B) Selezione delle tecniche e delle fonti informative

Onde addivenire all’identificazione degli eventi rischiosi, si procederà mediante analisi di atti e documenti interni, analisi delle banche dati, esame di eventuali segnalazioni, interviste/incontri con il personale dell’amministrazione, confronti (*benchmarking*) con altri Enti del Servizio Sanitario ed anche, ove necessario, con altre Amministrazioni (attesa la “trasversalità” di talune attività).

In particolare, saranno utilizzate le seguenti fonti informative:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di casi giudiziari riguardanti fenomeni corruttivi e/o di *mala gestio* registratisi in passato interessanti l'Azienda o altri Enti del Servizio Sanitario;
- incontri con i responsabili degli uffici o il personale dell'Azienda che abbia conoscenza diretta dei processi e delle criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o tramite altra modalità; al riguardo si dovrà tenere conto delle segnalazioni raccolte dai RUP (nell'ambito delle attività contrattuali) o dai singoli Responsabili di procedimenti o servizi aziendali; parimenti Assumono rilievo anche le segnalazioni e, più in generale, i contributi acquisiti prima e successivamente alla fase di consultazione del PTPCT;
- le indicazioni fornite da ANAC per il comparto sanitario;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni e, *in primis*, dagli Enti del Servizio sanitario.

C) Individuazione e formalizzazione dei rischi

Gli eventi rischiosi individuati verranno opportunamente formalizzati, documentati e codificati negli aggiornamenti del PTPCT con predisposizione di un registro dei rischi riportante, per ogni oggetto di analisi (processo o attività), la descrizione degli eventi individuati. Per ogni processo sarà individuato almeno un evento rischioso.

7.2 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio verrà svolta tenendo conto dell'obiettivo di pervenire sia ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi (tramite analisi dei cd. "fattori abilitanti" della corruzione), sia ad una stima del livello di esposizione al rischio dei processi e delle relative attività.

A) Analisi dei fattori abilitanti

L'analisi dei fattori di contesto (fattori abilitanti) che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione è essenziale per l'individuazione di misure di prevenzione appropriate ed efficaci. In tale ottica, i fattori che verranno considerati (anche in correlazione tra loro) sono i seguenti:

- ✓ la verifica dell'appropriatezza e della piena attuazione degli strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;

- ✓ il livello minimo trasparenza;
- la complessità e scarsa chiarezza della regolamentazione, al pari dell'eventuale eccessività della stessa;
- l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- la scarsa responsabilizzazione interna;
- l'inadeguatezza del personale addetto ai processi;
- l'inadeguata diffusione della cultura della legalità.

L'analisi sarà effettuata assicurando, con il supporto del RPCT, il coinvolgimento delle Strutture che dovranno adoperarsi nell'individuazione dei suddetti fattori.

B) Stima del livello di esposizione al rischio

Il livello di esposizione al rischio (dei processi e delle attività definite) di eventi corruttivi è importante sotto molteplici profili: dall'individuazione dei processi e delle attività oggetto di attenzione alla definizione delle misure di trattamento del rischio nonché alla successiva attività di monitoraggio da parte del RPCT.

In considerazione di ciò l'analisi del livello di esposizione verrà effettuata in coerenza ed attuazione delle Linee Generali di gestione del rischio nonché delle finalità e dei principi cardine del PTPCT avendo cura di evitare sottostime del rischio (anche in sede di riesame periodico della funzionalità del sistema descritto nel successivo paragrafo 9) ed informando la stessa analisi ai criteri indicati nel PNA 2019, ovvero:

- a) scegliendo un approccio valutativo;
- b) individuando i criteri di valutazione;
- c) rilevando i dati e le informazioni;
- d) formulando un giudizio sintetico e motivato.

a) Scelta dell'approccio valutativo

Come suggerito da ANAC, l'Azienda adotta un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

La scelta della tecnica qualitativa presenta vantaggi, in quanto fornisce informazioni ulteriori rispetto all'impatto economico (per sua natura di tipo quantitativo), come ad esempio la reputazione e la sicurezza, oltre ad essere facilmente comprensibile a tutto il personale.

Le tecniche che si intendono adottare sono le seguenti:

- *Brainstorming*;
- *Root cause analysis*: l'obiettivo di tale tecnica consiste nell'identificare e analizzare la radice o la causa di un evento rischioso, anziché trattare solo i sintomi. Prevede la raccolta e l'analisi di dati ed evidenze relative alla criticità rilevata. Tale analisi partirà dai cosiddetti segnalatori di criticità, ovvero meccanismi di controllo che consistono in

un raffronto tra le operazioni correnti e parametri di riferimento (*standard*). Una volta che si superano i livelli prefissati, è necessario che l'evento venga valutato e, se del caso, formulata una risposta correttiva.

b) Individuazione dei criteri di valutazione

Atteso che la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi richiede, sotto un profilo operativo, la precisazione di indicatori di rischio (*key risk indicators*) del processo (fase o attività) riferiti ad un arco temporale e suscettibili di presentare livelli di qualità e di complessità progressivamente crescenti, il processo valutativo verrà informato ai seguenti indicatori:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità dei decisori aziendali;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo o nelle attività esaminate assumendo a riferimento non solo la realtà aziendale ma anche enti simili;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nelle fasi di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT;
- grado di attuazione delle misure di trattamento.

c) Rilevazione dei dati e delle informazioni

Per esprimere un giudizio motivato sui criteri di cui al precedente punto b) il RPCT sta progettando la rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie anche al fine di assicurare che le conseguenti valutazioni siano supportate da dati oggettivi.

Per questo la rilevazione dei dati e delle informazioni rilevanti utilizzerà per la stima del rischio i seguenti elementi:

1) **dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari** a carico dei dipendenti dell'amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:

- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dalla UO Affari Legali o dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari e dalla UO Gestione Approvvigionamenti Beni, Servizi e Logistica/Servizio Tecnico e Manutenzioni. Si può ricorrere anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione);

2) **le segnalazioni pervenute**, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi;

3) **ulteriori dati in possesso dell'amministrazione** presenti nelle banche dati dei Sistemi Informativi Aziendali quali, tra gli altri, Sistema Amministrativo Contabile (SIA), Sistema Protocollo (PALEO) e Sistema di gestione delle determine (OPEN -ACT).

d) Misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico

Tale attività verrà svolta privilegiando un'analisi di tipo qualitativo, comunque adeguatamente documentata, in grado di consentire la misurazione di ognuno dei criteri sub b) per ogni processo/attività o evento rischioso analizzati.

Le misurazioni – sempre motivate - verranno articolate sui valori: alto, medio, basso; ciò per addivenire – attraverso misurazione dei singoli indicatori - ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, reso anche con un "valore complessivo" del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

Seguendo le indicazioni ANAC, ai fini della valutazione complessiva (sempre di ordine qualitativo e motivata su dati ed evidenze acquisite), laddove per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si farà riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio e non alla media delle valutazioni dei singoli indicatori.

7.3 La ponderazione del rischio

Trattandosi di fase che muove dagli esiti della precedente, con essa verranno precisate – sempre in ragione degli obiettivi organizzativi e del contesto di operatività dell'Azienda - le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio nonché le priorità di trattamento dei rischi.

Quanto alle azioni da intraprendere verranno apprezzate – sulla base della valutazione del rischio – le opzioni possibili (ivi compresa l'opzione di mantenimento delle misure già esistenti) atte a ridurre l'esposizione dei processi e delle singole attività alla corruzione.

Nella definizione delle possibili azioni e misure verrà pure considerato il cd. "rischio residuo", persistente anche a seguito dell'attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche (avendo cura di considerare anche le misure già implementate); questo ovviamente tenendo sempre conto del fatto che lo stesso "rischio residuo" non potrà mai essere del tutto azzerato.

Parimenti nella definizione delle azioni ci si porrà in via prioritaria l'obiettivo di miglioramento (con revisione e/o con potenziamento) di quelle esistenti, dal momento che la previsione di nuovi controlli può risultare di eccessivo appesantimento dell'attività aziendale in coerenza

anche con il principio generale di sostenibilità economica ed organizzativa e dei principi informativi della fase di "trattamento del rischio" (di cui al par. 8.1).

Per quanto concerne le priorità di trattamento, le azioni di prevenzione verranno articolate (considerando il livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente) in ordine decrescente, dalle attività ad esposizione più elevata alle attività che presentano un'esposizione più contenuta.

Di seguito gli elementi che caratterizzano l'analisi per l'attribuzione dell'indice di rischio:

	Criteri	Valore
Probabilità	Discrezionalità	1 = se esiste una discrezionalità molto bassa (tutti i parametri o la fase / azione sono ben definiti e scrivono in documenti e procedure sia in PA) 4 = se esiste un'elevata discrezionalità (esiste un alto livello di discrezione, non ci sono procedure da seguire o regole generali)
	Rilevanza Esterna	1 = se esiste una rilevanza esterna molto elevata (cioè esiste un altro soggetto diverso da una PA) 4 = se esiste una rilevanza esterna estremamente bassa (nessun altro è coinvolto, ad eccezione di un PA)
	Complessità del processo	1 = se esiste una complessità molto bassa del processo (cioè il processo ha semplici passaggi e procedure facilmente verificabili) 4 = se esiste un'elevata complessità del processo (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	Valore Economico	1 = se esiste un valore economico molto basso (cioè il processo ha un valore economico molto basso) 4 = se esiste un valore economico molto elevato (cioè il processo è così complesso che è molto difficile verificare la correttezza di tutti i passaggi)
	razionabilità del processo)	1 = se esiste un'elevata segmentazione del processo (cioè ci sono diversi passaggi che devono essere passati e diversi dipendenti che devono essere coinvolti) 4 = se c'è una segmentazione molto bassa del processo (solo pochi passi possono essere fatti per arrivare alla fine del processo)
	Livello di Controllo	1 = se ci sono livelli molto elevati di controlli (cioè controlli frequenti e dettagliati) 4 = se vi sono livelli molto bassi di controlli (solo pochi

		passaggi)
	Valore Medio	
Impatto	Impatto Organizzativo	se si verifica un evento di corruzione, l'organizzazione ha un effetto molto basso -1 o molto alto -4
	Impatto Economico	se si verifica un evento di corruzione, si ha un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista economico
	Impatto Reputazionale	se si verifica un evento di corruzione c'è un impatto molto basso -1 o molto alto -4 dal punto di vista reputazionale
	Valore Medio	
Indice di rischio	Rischio trascurabile	inserire valore min e max
	Rischio medio basso	inserire valore min e max
	Rischio rilevante	inserire valore min e max
	Rischio critico	inserire valore min e max

8. Il trattamento del rischio

Atteso che detta fase è finalizzata alla individuazione (sulla base delle priorità sopra evidenziate) dei correttivi e delle modalità più idonee ed adeguate a prevenire i rischi, verranno definite – con tempistiche rapportate alle priorità e alle risorse disponibili e, quindi, alla sostenibilità dei controlli - le modalità di attuazione di misure specifiche e puntuali (e realmente attuabili).

L'individuazione e l'articolazione operativa delle misure sarà comunque informata alla distinzione tra misure generali e misure specifiche, di cui le prime rivolte all'intera organizzazione aziendale, le seconde mirate, invece, a specifici rischi.

8.1. L'individuazione delle misure

Verranno precisate in questa fase del trattamento le misure più idonee ed adeguate a prevenire i rischi individuati tenendo conto del livello di rischio e dei fattori abilitanti; per i rischi (e attività di processo) valutati come prioritari verrà precisato l'elenco delle possibili misure di prevenzione collegate a tali rischi. Seguendo le puntuali indicazioni di ANAC, si tratterà di misure – generali e specifiche – incentrate sui seguenti "principi", "valori" e "attività":

- controllo;
- trasparenza;

- definizione e promozione dell'etica e di *standard* di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*) ed etica comportamentale.

Nella individuazione delle misure di trattamento del rischio si avrà cura di assicurare che le stesse presentino i seguenti requisiti (cfr. All. 1 PNA 2019, pag. 42):

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato onde evitare stratificazioni (e conseguente non applicazione); verrà all'uopo effettuata un'analisi delle eventuali misure/controllo dei precedenti PTPCT per verificarne il livello di adeguatezza e quindi la possibilità di integrazione/implementazione, per procedere invece alla definizione di nuove misure solo in caso di assenza nei precedenti Piani.
- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio. In considerazione del fatto che l'identificazione delle misure consegue alla comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso, ove si dovesse ad esempio riscontrare che il fattore abilitante di un evento rischioso discende da carenza dei controlli, si procederà all'attivazione di una nuova procedura di controllo o al rafforzamento di quelle già presenti.
- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. Nella identificazione delle misure di prevenzione ci si atterrà a canoni di efficacia e di adeguatezza organizzativa tenendo alla previsione - per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio - di una misura potenzialmente efficace, con preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Si terrà in debita considerazione l'incidenza che l'assetto organizzativo aziendale può avere sull'effettiva adeguatezza ed efficacia delle misure calibrando misure generali e misure specifiche.
- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. L'implementazione delle misure esistenti verrà opportunamente graduata tenendo presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

8.2 La programmazione delle misure

La programmazione delle misure di prevenzione, oltre ad essere essenziale per la loro concreta operatività, assume un rilievo centrale per la creazione di una *responsabilità diffusa* rispetto alla strategia di prevenzione della corruzione. Per queste ragioni la programmazione operativa delle misure verrà effettuata sulla base dei seguenti elementi:

- fasi (e/o modalità) di attuazione della misura;
- tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola);
- indicatori di monitoraggio e 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.

Tabella - Schema di programmazione delle misure

MISURA x	Descrizione misura			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	Target
Fase 1	Entro il ___/___/___	Ufficio x	Es. nr. ___/___	Es. nr. ___/___
Fase n	Entro il ___/___/___	Ufficio y	Es. nr. di ___	Es. nr. di ___

Seguendo le indicazioni esemplificative di ANAC si riportano nella tabella seguente indicatori di monitoraggio per tipologia di misura. Gli stessi potranno essere di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. *audit* o *check list* volte a verificare la qualità di determinate misure).

Tabella - Indicatori di monitoraggio per tipologia di misura

Tipologia di misura	Esempi di indicatori
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc

misure di trasparenza	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente

9. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Occorre sottolineare che tale fase del ciclo è di fondamentale importanza per potere attuare azioni di miglioramento e di riduzione del rischio corruttivo; alla base di tale attività è necessario rendere misurabili gli indicatori sopra definiti, pertanto nel corso dell'anno 2021 la leva principale del presente Piano sarà l'informatizzazione dei principali processi.

9.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure

In relazione alla natura propria del PTPCT, quale documento di programmazione, ed in continuità con i precedenti PTPCT, nel seguito viene descritto il sistema di monitoraggio sull'attuazione delle misure adottato a livello aziendale e che verrà adeguato nei termini di seguito precisati.

Dapprima, preme evidenziare che è intendimento dell'Azienda istituire un sistema di controlli interni mediante l'attivazione di un'apposita funzione di *Internal Auditing* e, conseguentemente, addivenire all'adozione di specifico Manuale contenente principi, procedure, metodologie, fasi e strumenti di lavoro per lo svolgimento di detta funzione di controllo. La definizione di tale sistema e la relativa attivazione costituisce obiettivo strategico del presente PTPCT da realizzarsi secondo le modalità e tempi indicati nella scheda recante gli obiettivi strategici.

Il monitoraggio di primo livello è effettuato in autovalutazione da parte dei Dirigente/Responsabili delle Unità operative cui è assegnata la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il Responsabile del monitoraggio di primo livello può essere chiamato a fornire al RPCT evidenze oggettive dell'effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello è, invece, a cura del RPCT che effettuerà le opportune verifiche in ordine all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle Unità organizzative aziendali. Al riguardo, si dà evidenza che è in fase di valutazione l'acquisizione di un idoneo supporto informativo per favorire lo svolgimento in modo efficiente ed efficace di tale attività oltre che funzionale alla *compliance* aziendale.

Con riferimento alla periodicità, la tempistica del monitoraggio è stabilita con cadenza semestrale: anche in continuità con i precedenti PTPCT, il sistema di monitoraggio in ambito

aziendale prevede nel corso dell'anno due momenti di verifica, da realizzarsi nei mesi di giugno e di ottobre.

Seguendo le indicazioni del PNA 2019, l'attività di monitoraggio del RPCT nel corso del 2021 sarà pianificata e documentata in apposito *Piano di monitoraggio annuale* ove sono indicati:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

I processi/attività oggetto del monitoraggio saranno individuati tenendo conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio onde concentrare l'azione di monitoraggio sui processi/attività maggiormente a rischio.

Nel pianificare le verifiche si terrà conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Alle verifiche programmate potranno aggiungersi ulteriori verifiche (non pianificate) a seguito di eventuali segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

Peraltro, si evidenzia che il monitoraggio risulta indispensabile per acquisire elementi conoscitivi a supporto della redazione della Relazione annuale del RPCT.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT procederà alle opportune verifiche in ordine alla veridicità delle informazioni rese in autovalutazione dai Dirigenti/Responsabili, mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano nonché attraverso richiesta di documenti, dati e informazioni o svolgimento di incontri con i responsabili dell'attuazione delle misure.

Il RPCT svolgerà, altresì, *audit* specifici con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo.

Il monitoraggio di secondo livello sarà realizzato, di norma, sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PTPCT. Tuttavia, in ragione della complessità che caratterizza la struttura organizzativa nonché la scarsità di risorse umane, il monitoraggio di secondo livello potrà essere effettuato anche attraverso campionamento delle misure da sottoporre a verifica. In ogni caso, sarà fornita adeguata motivazione della scelta effettuata e delle modalità di campionamento utilizzate. Il campionamento di tipo "ragionato" si baserà sui seguenti criteri:

- misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio;
- misure di prevenzione dei processi in riferimento ai quali siano pervenute segnalazioni tramite canale *whistleblowing* o altri canali;
- misure di prevenzione dei processi in riferimento alle quali le unità organizzative responsabili non abbiano prodotto l'autovalutazione.

9.2. Monitoraggio sull' idoneità delle misure

Il monitoraggio delle misure contempla anche una valutazione della idoneità delle misure adottate, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della "effettività".

La valutazione dell' idoneità delle misure pertiene al RPCT, coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dall' Organismo deputato all' attività di valutazione delle *performance* (OIV) e organismi con funzioni analoghe).

L' idoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l' erronea associazione della misura di trattamento all' evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un' attuazione meramente formale della stessa.

9.3 Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema

Il riesame periodico della funzionalità del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico, effettuato con cadenza annuale, è coordinato dal RPCT e realizzato con il contributo metodologico dell' Organismo deputati all' attività di valutazione delle *performance* (OIV).

10. La consultazione e la comunicazione

La fase di "consultazione e comunicazione" è trasversale e contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio descritte nel presente Piano e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell' amministrazione;
- attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In particolare, il coinvolgimento – come già espresso nei paragrafi che precedono - deve caratterizzare ogni fase del processo di gestione del rischio.

La comunicazione implica un flusso informativo costante ad ogni livello dell' organizzazione e, quindi, una maggiore condivisione. Al contempo, la maggiore condivisione contribuisce a migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei singoli all' interno dell' organizzazione, generando un circuito positivo di interazione finalizzata al miglioramento.

SEZIONE III

LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il PTPCT rappresenta il documento fondamentale dell'Azienda per la definizione della strategia di prevenzione e, di conseguenza, il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione, sia quelle obbligatorie per legge sia quelle ulteriori e specifiche, coordinando gli interventi.

In relazione alla portata, le misure possono definirsi "generali" quando si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione; "specifiche" laddove incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio. Entrambe le tipologie di misure sono utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Di seguito le misure "generali" di prevenzione della corruzione individuate dal legislatore da attuare a livello aziendale.

11. I Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.

Tra le misure di prevenzione della corruzione il Codice di comportamento riveste nella strategia delineata dalla Legge 190/2012 (nuovo art. 54 del d.lgs. 165/2001) un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi (in tal senso, delibera ANAC n.1074/2018).

L'art.54, comma 5, del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. prevede che ciascuna pubblica amministrazione definisca, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione, un proprio Codice di comportamento che integri e specifichi le previsioni di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*). A tali fini, la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) – ora ANAC – ha definito apposite *Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni* (delibera n.75 del 24 ottobre 2013).

In relazione a quanto sopra, l'Azienda, con determina n.888 del 31 dicembre 2015, ha approvato il proprio Codice di Comportamento, dando atto che lo stesso esplica i suoi effetti nei confronti dei dipendenti, dei collaboratori, dei consulenti, nonché di tutti quei soggetti che, a vario titolo, operano in ambito aziendale. Si dà inoltre evidenza che nell'ambito del

disciplinare di cui al richiamato Codice è prevista la possibilità di presentare segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (art.22 rubricato "*Segnalazioni di illeciti da parte di utenti o associazioni di cittadini*"), con indicazione delle modalità di inoltro delle stesse.

Con particolare riferimento al predetto Codice di comportamento, il PNA 2016 (ex delibera ANAC 831/2016), nel richiamare quanto già previsto in merito nell'aggiornamento 2015 al PNA (con particolare riguardo ai contenuti ed alla valenza dei codici stessi), ribadisce che gli enti sono tenuti all'adozione di codici che contengano norme e doveri di comportamento destinati a durare nel tempo, da calibrare in relazione alla peculiarità delle finalità istituzionali perseguite dalle singole amministrazioni: non quindi una generica ripetizione dei contenuti del Codice di cui al DPR 62/2013, ma una disciplina che, a partire da quella generale, diversifichi i doveri dei dipendenti e di coloro che vi entrino in relazione, in funzione delle specificità di ciascuna amministrazione.

Al riguardo l'Autorità si è riservata di adottare linee guida di carattere generale, ove ritenuto necessario procedendo a modifiche della delibera n. 75 del 24 ottobre 2013, e linee guida per tipologia di amministrazioni e enti.

In questa ottica, ANAC ha avviato un tavolo di lavoro «Conflitto di interessi e Codici di comportamento» con AGENAS e Ministero della salute volto ad esaminare il livello di implementazione dei codici di comportamento negli enti del SSN e a fornire indicazioni migliorative. Ad esito sono intervenute le "*Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*" approvate con delibera ANAC n.358 del 29 marzo 2017.

In relazione a quanto sopra e tenuto conto della specifica misura prevista nel precedente PTPC 2017-2019, l'Azienda per il tramite delle competenti unità organizzative - nel corso dell'anno 2017 - ha provveduto a riesaminare il contenuto dello stesso Codice di comportamento al fine di conformarlo alle indicazioni delle richiamate *linee guida*. Nel corso dell'anno 2018 - come da indicazione del PTPCT 2018-2020 - era prevista la fase di consultazione ai diversi livelli per provvedere alla formalizzazione dell'aggiornamento del Codice.

Tale fase è stata sospesa, tenuto conto di quanto indicato nel PNA 2018 (di cui alla delibera ANAC 1074/2018) laddove si afferma che "*Il codice di amministrazione ha il ruolo di tradurre in regole di comportamento di lunga durata, sul versante dei doveri che incombono sui singoli pubblici dipendenti, gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPC persegue con misure di tipo oggettivo, organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni). Questa necessaria connessione, che si è perduta nei Codici di amministrazione di prima generazione, dovrà essere recuperata con una nuova, seconda generazione di Codici di amministrazione che l'ANAC intende promuovere con l'adozione di nuove Linee guida in materia, tanto di carattere generale quanto di carattere settoriale.*

Con le Linee guida generali si daranno istruzioni alle amministrazioni quanto ai contenuti dei codici (doveri e modi da seguire per un loro rispetto condiviso), al procedimento per la loro formazione, agli strumenti di controllo sul rispetto dei doveri di comportamento, in primo luogo in sede di responsabilità disciplinare.

Con le Linee guida per settore o tipologia di amministrazione saranno valorizzate le esperienze già fatte dall'ANAC per la predisposizione delle diverse versioni del PNA (Linee guida per ognuno dei settori già oggetto di approfondimento specifico), ovvero si potrà fare riferimento ai comparti di contrattazione collettiva.

Le Linee guida sull'adozione dei nuovi codici di amministrazione saranno emanate nei primi mesi dell'anno 2019, anche per sottolineare che il lavoro necessario per la formazione del Codice di comportamento, pur strettamente connesso, è ben distinto da quello necessario per la formazione del PTPC".

Da ultimo, con delibera 1064/2019, l'Autorità, al fine di superare le criticità riscontrate nella prassi delle amministrazioni nell'adozione e nell'attuazione dei codici, ha segnalato l'opportunità che le stesse prima di procedere ad una revisione dei propri codici di comportamento attendano l'adozione da parte di ANAC delle nuove Linee guida di prossima adozione.

Posto che ANAC ha approvato, con delibera n.177 del 19 febbraio 2020, le *Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche*, nel corso dell'anno 2021 si procederà alla suddetta revisione/aggiornamento cui provvederà il RPCT, avvalendosi *in primis* dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari e della UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, e comunque con il coinvolgimento di tutti i Dirigenti/Responsabili interessati, onde addivenire alla formulazione di apposita proposta al Direttore Generale.

Si ritiene poi necessario proseguire in una costante verifica sull'effettivo stato di applicazione del Codice di comportamento vigente nelle diverse articolazioni organizzative, così come previsto dall'art.54, comma 7, del d.lgs. 165/2001, sia in riferimento al proprio personale che ai soggetti esterni operanti a diverso titolo in ambito aziendale. Ciò anche in quanto il rigoroso rispetto dei doveri del codice di comportamento e le verifiche sull'uso dei poteri disciplinari costituiscono obiettivi di performance.

Onde favorire la suddetta attività di verifica è stata predisposta apposita *check list* che potrà essere utilizzata da parte dei diversi livelli di responsabilità preposti alla stessa.

Si dà atto altresì che l'Azienda, con determina n. 651 del 25 novembre 2019 ha adottato l'aggiornamento del *Regolamento aziendale in materia di procedimenti disciplinari personale dipendente.*

Tale Regolamento è stato pubblicato sul sito web aziendale, Sezione Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali – Atti generali.

Tabella di Monitoraggio: Attuazione Codice di comportamento

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Attività di verifica sull'attuazione del del Codice	compilazione di apposita <i>check list</i> di verifica	30 novembre	Direttori/Dirigenti di ciascuna struttura
Monitoraggio sull'attuazione e rispetto del Codice di comportamento	Predisposizione scheda Relazione annuale (ex ANAC) e relativa pubblicazione	Annuale	R.P.C.T. in raccordo con UPD/ UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane
Aggiornamento del Codice di Comportamento	Elaborazione proposta di determina secondo le Linee guida ANAC	Entro il 30/11/2021	R.P.C.T. in raccordo con UPD, UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e Dirigenti/Responsabili interessati

11.1 Codice di comportamento e Codice etico.

I codici di comportamento si distinguono dai cd. "codici etici" o "deontologici". Questi ultimi hanno infatti una dimensione "valoriale" e non disciplinare e sono adottati per precisare doveri, spesso ulteriori e diversi rispetto a quelli definiti nei codici di comportamento, rimessi alla autonoma iniziativa di gruppi, categorie o associazioni di pubblici funzionari.

Essi rilevano solo su un piano meramente morale ed etico, come le relative sanzioni irrogate al di fuori di un procedimento disciplinare.

I codici di comportamento, invece, come sopra precisato, fissano doveri di comportamento che hanno una rilevanza giuridico-normativa e, quindi, di per sé cogente, con conseguente applicazione del regime delle responsabilità all'art. 54, co. 3 del d.lgs. 165/2001.

In fase di aggiornamento del Codice di comportamento sarà prevista un'apposita Sezione dedicata al Codice Etico (come precisato al precedente paragrafo 11).

12. Conflitto di interessi e obbligo di astensione

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti riconducibili, direttamente o indirettamente, al medesimo funzionario.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria (cfr. PNA 2019, Parte III par.1.4; Cons. Stato, Sezione consultiva per gli atti normativi, parere n. 667 del 5 marzo 2019 sullo schema di Linee guida di ANAC aventi ad oggetto «*individuazione e gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici*», in attuazione dell'art. 213, co. 2, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50).

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione. Esso è stato affrontato dalla Legge 190/2012, con riguardo sia al personale interno sia a soggetti esterni destinatari di incarichi, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- l'astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi;
- le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (cfr. par. 12.5 "*Inconfiribilità e incompatibilità di incarichi*");
- l'adozione dei codici di comportamento (cfr. par. 11);
- il divieto di *pantouflage* (cfr. par. 12.6 "*Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro pantouflage – revolving doors*");
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali (cfr. par. 12.4 "*Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali*");
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

12.1 Astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi

Relativamente a tale aspetto si opera riferimento ancora al Codice di comportamento aziendale di cui alla determina DG n.888/2015, laddove all'art.13, nel richiamare espressamente l'art.7 del DPR 62/2013, è previsto che i dipendenti (e gli altri soggetti tenuti al rispetto dello stesso Codice) devono astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano presentare situazioni di conflitto di interessi (tra cui, *in primis*, quelle espressamente indicate). Ciò tenendo conto del fatto che, se da un lato l'art. 6-*bis* della legge 241/1990 (introdotto dalla legge n. 190 del 2012) ha ribadito la portata generale ed immanente del principio a mente del quale "*Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*", dall'altro è innegabile che le singole amministrazioni debbano procedere ad una ulteriore e specifica definizione delle ipotesi di "conflitto" in relazione alle proprie tipologie di attività.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sopra citato. In particolare, l'art. 6 rubricato "*Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di*

interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

Lo stesso art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

Il successivo art. 7 contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le *"gravi ragioni di convenienza"* che comportano l'obbligo di astensione (*«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»*).

In tal senso, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto ad apposita comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza tenuto ad una specifica valutazione nel caso concreto circa la sussistenza del conflitto di interessi.

Il d.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato *"Contratti ed altri atti negoziali"* che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art.7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art.14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente; in particolare prevedendo che il dipendente si *"astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio"*.

In tali casi, il dipendente è tenuto a comunicare la situazione di conflitto di interessi al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto dal richiamato art. 7 del D.P.R. 62/2013.

Inoltre, a mente dell'art. 14, comma 3, è previsto uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o

giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione.

Al riguardo, ANAC ha assegnato particolare rilievo alla tematica del "conflitto di interessi" fornendo, nell'ambito dell'attività di indirizzo e vigilanza, indicazioni operative che si ritiene utile di seguito riportare:

- *"nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato (cfr. delibera ANAC n. 1186 del 19 dicembre 2018).*
- *l'Autorità ha anche prospettato la possibilità di considerare un periodo di raffreddamento ai fini della valutazione della sussistenza di situazioni di conflitto di interessi, nel caso in cui siano intercorsi rapporti con soggetti privati operanti in settori inerenti a quello in cui l'interessato svolge la funzione pubblica. Tenuto conto dell'assenza, nelle disposizioni legislative e normative vigenti, di indicazioni specifiche sui periodi temporali di astensione utili a determinare il venir meno di presunte situazioni di conflitto di interessi, si è ritenuto che l'arco temporale di due anni, previsto in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi ai sensi del d.lgs. 39/2013, sia utilmente applicabile anche per valutare l'attualità o meno di situazioni di conflitto di interessi (cfr. delibera ANAC n. 321 del 28 marzo 2018);*
- *in tema di imparzialità dei componenti delle commissioni di concorso per il reclutamento del personale o di selezione per il conferimento di incarichi, alla luce degli orientamenti giurisprudenziali e dei principi generali in materia di astensione e ricsuzione del giudice (artt. 51 e 52 c.p.c.), applicabili anche nello svolgimento di procedure concorsuali, si è ritenuto che la situazione di conflitto di interessi tra il valutatore e il candidato presuppone una comunione di interessi economici di particolare intensità e che tale situazione si configura solo ove la collaborazione presenti i caratteri di stabilità, sistematicità e continuità tali da connotare un vero e proprio sodalizio professionale (cfr. delibera ANAC n. 209 del 1 marzo 2017, delibera ANAC n. 384 del 29 marzo 2017 e delibera ANAC n. 1186 del 19 dicembre 2018).*

Per quanto concerne l'ipotesi di conflitto di interessi generalizzato, cd. strutturale, come sopra descritto, ANAC stessa ha precisato che il conferimento dell'incarico deve essere apprezzato sotto il profilo dell'opportunità, considerato che in materia di inconfiribilità di incarichi la normativa va interpretata restrittivamente e, quindi, che l'esistenza di tale conflitto non è per legge ostativa al conferimento dell'incarico. Va tuttavia considerato che il rimedio dell'astensione potrebbe rivelarsi non idoneo a garantire lo svolgimento di un incarico nel rispetto del principio di imparzialità, poiché per risolvere la situazione di conflitto di interessi cd. strutturale sarebbe, di fatto, necessaria una ripetuta astensione

con conseguente pregiudizio del funzionamento, del buon andamento e della continuità dell'azione amministrativa (Cfr. delibera ANAC n. 431 del 6 aprile 2016).

Si raccomanda pertanto di prestare attenzione al rischio che possa determinarsi la fattispecie sopra accennata in vista del conferimento di un incarico. Tale valutazione va fatta e documentata dal soggetto/organo conferente, anche sulla base della verifica della dichiarazione rilasciata dal soggetto interessato, tenendo conto del contenuto dell'incarico da conferire e del tipo di attività che il soggetto interessato deve svolgere”.

Tenendo conto di quanto sopra, si prevedono a livello aziendale le seguenti misure:

- a) acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi dei dipendenti rese al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP;
- b) monitoraggio delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- c) informativa periodica (annuale) a tutti i dipendenti in ordine alla comunicazione tempestiva di eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;
- c) esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi.

In particolare, a segnalazione del conflitto di interessi (con riguardo sia ai casi previsti all'art. 6-bis della l. 241 del 1990 sia a quelli disciplinati dal Codice di comportamento, ivi compresi quelli di cui all'art. 14 del succitato Regolamento) deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico che, esaminate le circostanze, è tenuto a valutare se la situazione rilevata possa inverare in concreto un conflitto di interessi inficiante l'imparzialità delle attività aziendali.

Sarà cura del RPCT - con il supporto delle Unità operative interessate dall'applicazione delle disposizioni normative e di attuazione in materia ed in primis della UO Gestione e Amministrazione delle Risorse Umane, della UO Approvvigionamento di beni, servizi, logistica e della UO Servizio tecnico e manutenzioni in ragione degli ambiti di operatività interessati - elaborare apposito documento disciplinante gli aspetti di cui alle precedenti lett. a), b), c) e d). Tale disciplinare sarà corredato di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva delle dichiarazioni di conflitto di interessi.

12.2 Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori

Per quanto riguarda il tema della tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa nei casi di conferimento di incarichi a consulenti, si sottolinea che l'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi

allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

La verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del D.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche (in tal senso, il Codice di comportamento aziendale di cui alla richiamata determina DG 888/2013).

Pertanto in riferimento alla suddetta tipologia "consulenti e collaboratori", nell'ambito del presente PTPCT si assumo le seguenti misure relative all'accertamento della insussistenza di conflitti di interessi:

- predisposizione di modulo di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di collaborazione o di consulenza;
- aggiornamento, con cadenza periodica (da definire in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto in relazione alla durata dell'incarico), della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione, in fase di predisposizione/perfezionamento del contratto, del dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- la verifica delle suddette dichiarazioni è effettuata a cura della Unità operativa cui è affidata l'istruttoria dell'atto di incarico e, di norma, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane;
- la verifica è effettuata mediante consultazione di banche dati liberamente accessibili a tal fine e, comunque, tramite acquisizione di informazioni da parte dei soggetti indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprano cariche, previa informativa all'interessato;
- audizione degli interessati per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

La conservazione delle dichiarazioni e della documentazione relativa all'accertamento deve osservare le disposizioni normative in materia di tutela dei dati personali.

12.3 - Il conflitto di interessi nel Codice dei contratti pubblici

In primo luogo, come anche evidenziato dal PNA 2016 (ex determina 831/2016), il contesto degli appalti in sanità comporta l'esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse, anche tenuto conto delle *"caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi presenti nell'organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati"*.

Tra l'altro, è lo stesso Codice dei contratti pubblici a dedicare una specifica disposizione - l'art. 42 - volta alla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante, nonché elemento di distorsione concorrenziale. Come tale risultando rilevante non solo nelle fase di programmazione, di progettazione e di affidamento, ma anche in quella di esecuzione dei contratti pubblici.

A tale fine assume pure rilievo il fatto che la stessa norma specifica che sussiste *"conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, 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"* (all'uopo richiamando espressamente le situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62).

Di qui l'obbligo per il personale che si trova in situazione di conflitto di *"danne comunicazione alla stazione appaltante"* e quindi di *"astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni"*, con conseguente dovere per l'amministrazione di svolgere i necessari controlli assicurando l'applicazione del regime di responsabilità.

In particolare – come anche richiamato da ANAC nel PNA 2019 - l'art. 42, comma 1, del Codice dei contratti pubblici richiede alle stazioni appaltanti la previsione di misure adeguate per contrastare frodi e corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La funzione della norma è quella di evitare che l'amministrazione aggiudicatrice si lasci guidare, nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi.

La disposizione in esame va coordinata con l'art. 80, co. 5, lett. d) del codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

In tale ottica, seguendo le indicazioni di ANAC per una corretta gestione dei conflitti potenziali e/o effettivi, nel corso del 2021 l'Azienda procederà – come già detto nel precedente paragrafo - alla definizione delle fattispecie di conflitto di interessi (specificative di quelle generali) anche al fine di consentire ai tecnici e ai professionisti sanitari più esposti al rischio di conflitto di interessi di agire con la consapevolezza richiesta, all'uopo predisponendo apposita modulistica di dichiarazioni.

Tale impegno sarà assolto tenuto conto delle considerazioni già espresse nel precedente paragrafo relativamente al Codice di comportamento e secondo le indicazioni contenute nelle recenti Linee guida n. 15 di ANAC recanti "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*" (approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 5 giugno 2019).

Tabella Monitoraggio: Conflitti di interessi

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Definizione delle fattispecie di conflitto di interessi (specificative di quelle generali) ed eventuale adeguamento di relativa modulistica	Elaborazione documento	Entro il 31 dicembre 2021	RPCT/UE Gestione ed amministrazione Risorse Umane/UE Approvvigionamento beni, servizi e logistica /UE Servizio Tecnico e Manutenzioni/Direzione Amministrativa di Presidio/UPD/Servizio Ispettivo aziendale/Affari Legali/Formazione

12.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1,

comma 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del medesimo decreto.

E' principio indefettibile che i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possano intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, *Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato*.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art.53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione; e ciò – come anche sottolineato da ANAC nel PNA 2019 (PARTE III – par.1.7) e in più occasioni ripreso dalla Corte dei Conti - allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

La legge 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

Il rilievo delle disposizioni dell'art.53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

È, inoltre, disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di mancato versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti (art. 53, comma, 7-bis).

Alla disciplina prevista all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 si aggiungono le prescrizioni di cui al comma 58-bis dell'art. 1 della l. 662/1996, a mente del quale: «*Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interessi, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non*

consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno.

In considerazione di quanto sopra, si rappresenta che l'Azienda si è dotata di specifica disciplina in materia già a far tempo dalla determina DG n.638 del 23 settembre 2014 con cui è stato approvato il Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali. A tale Regolamento è seguito relativo aggiornamento adottato con determina del Direttore Generale n.366 del 26 giugno 2019.

Il testo del nuovo Regolamento e la relativa modulistica sono a disposizione dei dipendenti nella intranet aziendale al fine di una capillare diffusione; lo stesso testo è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali.

Con riferimento ai controlli sugli incarichi retribuiti, non compresi nei compiti e doveri d'ufficio, conferiti e autorizzati dall'Amministrazione, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane è tenuta a svolgere controlli a campione, da effettuarsi annualmente nella misura del 10% del totale secondo tecniche di campionamento casuale, anche al fine di vagliare l'effettiva insussistenza di situazioni di conflitto di interessi tra l'incarico autorizzato e le funzioni svolte all'interno dell'Amministrazione.

Il controllo a campione si svolge secondo i seguenti criteri:

1. numero degli incarichi autorizzati allo stesso dipendente;
2. rilevanza economica dell'incarico autorizzato;
3. inerenza dell'incarico ad aree a rischio corruzione;
4. tipologia dell'incarico autorizzato;
5. osservanza delle procedure interne relative all'autorizzazione o al conferimento dell'incarico;
6. utilizzo degli appositi istituti contrattuali per lo svolgimento dell'incarico.

Gli esiti del controllo costituiscono oggetto di una relazione illustrativa annuale che viene trasmessa al RPCT a cura della Struttura che ha effettuato le verifiche.

Tabella Monitoraggio: Incarichi extra-istituzionali

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Controllo a campione del 10% degli incarichi autorizzati	Relazione	Annuale	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane

12.5 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Il d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, emanato in attuazione della delega contenuta nei commi 49 e 50 dell'art. 1 della L. n. 190/2012, ha introdotto una nuova disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di diritto pubblico, prevedendo una serie articolata di cause di inconferibilità e incompatibilità.

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. g) del D.lgs. n. 39/2013, l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione di insussistenza di una delle fattispecie sopra indicate è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico (art. 20, comma 4, D.lgs. n. 39/2013).

L'incompatibilità, invece, comporta, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. h) del D.lgs. n. 39/2013, l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La delega contenuta all'art. 1, comma 50, della Legge 190/2012 ha espressamente previsto, tra gli incarichi oggetto della disciplina da delinarsi con i decreti legislativi attuativi, gli incarichi di direttore generale, sanitario ed amministrativo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Peraltro, a seguito dell'emanazione del d.lgs. n. 39/2013, sono sorti dubbi interpretativi in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ai dirigenti sanitari, avendo il legislatore riservato al settore sanitario una specifica disciplina rivolta esclusivamente alla dirigenza rappresentata dal vertice delle aziende sanitarie locali (artt. 5, 8, 10 e 14 del d.lgs. n. 39/2013).

Sul punto dapprima ANAC, con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 (*Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario*), ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le "Aziende Sanitarie Locali" – espressione quest'ultima cui vanno ricomprese tutte le strutture preposte all'organizzazione e all'erogazione di servizi sanitari, incluse dunque anche le Aziende ospedaliere – devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della L. n. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39/2013.

Successivamente ANAC è intervenuta nuovamente, con delibera n.1201 del 18 dicembre 2019 (*Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001*) in merito all'applicabilità della disciplina di cui all'art. 3 d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, evidenziando quanto segue:

"...la normativa in tema di inconferibilità e incompatibilità considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenuti solo quelli che comportano "l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione" (art. 1, comma 2 lett. j), con ciò non ritenendo sufficiente il mero possesso formale della qualifica dirigenziale.

Pertanto il legislatore, ben consapevole delle peculiarità del settore sanitario, nell'ambito del quale i poteri di amministrazione e gestione spettano unicamente al direttore generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario (si veda in proposito l'art. 3, comma 6, d.lgs. n. 502/1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", laddove chiarisce che "tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale"), ha limitato l'applicazione della fattispecie di inconferibilità in questione unicamente a quegli incarichi che comportano l'esercizio di tali poteri.

In tutti gli altri casi la formale attribuzione della qualifica dirigenziale medico-sanitaria (sia esso medica, veterinaria, chimica, ecc.) in relazione all'esercizio della propria professione, non determina del pari attribuzione di poteri di amministrazione circa l'andamento, la gestione e il funzionamento dell'azienda.

Tanto premesso, tale limitazione soggettiva del perimetro applicativo della disciplina del d.lgs. 39/2013 è giustificabile e ragionevole alla luce del principio costituzionale di eguaglianza solo avuto riguardo alle specificità sopra descritte".

In tale contesto, la stessa Autorità ha precisato inoltre che:

"Nelle aziende ospedaliere (quale genus di molteplici specie di enti), infatti, non operano solo dirigenti medici- farmacisti- biologi- veterinari bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali".

Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi questa Autorità ha ritenuto che valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs.

n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, comma 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

Per completezza, si evidenzia altresì che l'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni in merito al ruolo e alle funzioni del RPCT nonché all'attività di vigilanza di ANAC sul rispetto della disciplina con propria precedente delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*», cui si opera espresso rinvio.

In relazione alle indicazioni sopra riportate che hanno progressivamente esteso i profili soggettivi di applicazione della disciplina, l'Azienda prevede l'attuazione delle seguenti misure di competenza della UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane:

A) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità

1. Relativamente agli incarichi dirigenziali afferenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo (esclusa, quindi, la Dirigenza Medica e Sanitaria), sempreché riferiti a *soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione*, nonché all'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore Amministrativo, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, all'atto del conferimento dell'incarico, acquisisce dall'interessato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 - apposita dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità previste dal medesimo decreto;
2. Relativamente all'incarico di Direttore Generale, la predetta dichiarazione di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 è resa dall'interessato alla Regione quale Ente conferente l'incarico e parte contrattuale di riferimento.

B) Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità

1. Relativamente agli incarichi dirigenziali afferenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo (esclusa, quindi, la Dirigenza Medica e Sanitaria), sempreché riferiti a *soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione*, nonché all'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore Amministrativo, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, con cadenza annuale (entro il 20 gennaio di ciascun anno), acquisisce dall'interessato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 - apposita dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dal medesimo decreto;
2. Relativamente all'incarico di Direttore Generale, la predetta dichiarazione di cui all'art.20 del D.lgs. n. 39/2013 è resa dall'interessato alla Regione quale Ente conferente l'incarico e parte contrattuale di riferimento, entro il medesimo termine del 20 gennaio di ciascun anno, salvo diverse indicazioni da parte della stessa Regione.

Le dichiarazioni di cui ai punti sub A) e B) sono pertanto rese preventivamente da parte del destinatario dell'incarico alla UOC Gestione ed Amministrazione delle risorse umane, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico che sarà, quindi, perfezionato all'esito positivo della verifica stessa (ossia in assenza di cause ostative al conferimento dell'incarico).

Eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenute devono comunque essere tempestivamente segnalate alla UOC Gestione ed Amministrazione delle risorse umane su iniziativa dell'interessato.

Le dichiarazioni di cui ai punti sub A) e B) sono pubblicate nell'apposita Sezione di "Amministrazione Trasparente" del Sito web istituzionale, nei termini indicati dal PTPCT (Allegato n.2 - obblighi di pubblicazione).

La UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane effettua idonee verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sopra richiamate, anche a campione, come previsto dal D.P.R. n. 445/2000, avvalendosi delle banche dati informatizzate tenute dalle Amministrazioni competenti per la certificazione di informazioni e dati relativi a stati, qualità personali e fatti (registro imprese, con riferimento ad altre cariche ricoperte in enti registrati; banca dati del Ministero dell'Interno per la titolarità di cariche elettive). Tali verifiche sono effettuate almeno sul 10% del totale delle dichiarazioni acquisite, selezionate con tecniche di campionamento casuale.

Alle verifiche sulla posizione dell'incarico di Direttore Generale provvede, invece, la Regione Marche.

L'attività di controllo è svolta nei modi e tempi indicati dalla tabella di monitoraggio di seguito riportata. Gli esiti dell'attività di controllo sono trasmessi al R.P.C nei tempi previsti dal monitoraggio come di seguito indicato.

Da ultimo si evidenzia che nella rilevazione e gestione delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità, la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane è tenuta ad effettuare analoghe verifiche in riferimento agli incarichi dirigenziali, sempre appartenenti al ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo, assegnati temporaneamente all'Azienda mediante collocamento in comando o posizioni similari.

Tabella Monitoraggio - Controlli sull'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di	Acquisizione della dichiarazione dal personale	Acquisizione al momento di conferimento	UO Gestione ed amministrazione

cause di inconferibilità	dirigenziale interessato e controlli sulla veridicità	dell'incarico Controllo annuale	Risorse Umane
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale e controlli sulla veridicità	Acquisizione annuale (entro il 20 gennaio/anno) Controllo annuale	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane
Trasmissione esiti attività controllo al RPCT	Relazione annuale	Entro il 15 dicembre	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane

12.6 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

L'art.53, comma 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. stabilisce il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di 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 tale disposizione 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.

Si richiama altresì l'art.21 del d.lgs. n. 39/2013 a tenore del quale, ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi disciplinati dallo stesso d.lgs. n.39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo; la medesima disposizione stabilisce che tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico.

Come chiarito da ANAC, la *ratio* della norma, che disciplina una fattispecie di "incompatibilità successiva", espressamente richiamata nel testo del d.lgs. n. 39/2013, va ricercata nella finalità di contenimento del rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, ossia del rischio che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa artatamente precostituire situazioni lavorative vantaggiose e in tal modo sfruttare a proprio fine la sua posizione ricoperta all'interno dell'amministrazione, al fine di ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento

dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio (PNA 2018).

In riferimento all'ambito di applicazione, i dipendenti interessati sono coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura.

Sul punto ANAC, nell'ambito del PNA 2019, ha precisato che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, comma 16-ter, sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. anche l'orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015).

In tale sede viene evidenziato, altresì, che il rischio di preconstituirsì situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC 67 AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Come già chiarito nel bando-tipo n. 2 del 2 settembre 2014 adottato dall'Autorità, le pubbliche amministrazioni sono tenute a inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8/ del 18 febbraio 2015 e orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015 cit.).

L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il Codice dei contratti pubblici.

Si rammenta che i bandi tipo sono vincolanti per le stazioni appaltanti, ai sensi dell'art. 71 dello stesso codice (fatte salve le parti espressamente indicate come "facoltative" che non riguardano certamente il possesso dei requisiti generali).

In particolare, nel bando tipo n. 1, approvato con delibera del 22 novembre 201725, § 6, è previsto che «Sono esclusi dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice. Sono comunque esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165».

Il bando tipo specifica pertanto che il concorrente compila il documento di gara unico europeo-DGUE, di cui allo schema allegato al D.M. del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche, rendendo la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative alla partecipazione indicate al cit. par. 6, in conformità a quanto previsto all'art. 85 del Codice. Il possesso del requisito generale relativo all'assenza di violazione del *divieto di pantouflage* è anche richiamato nella nota illustrativa del bando tipo, par. 3 e 9.

La verifica della dichiarazione resa dall'operatore economico è rimessa alla stazione appaltante. Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti e accertati per lo svolgimento dell'incarico.

In relazione a quanto sopra ed in particolare agli indirizzi forniti da ANAC in sede di PNA 2019, l'Azienda – anche in continuità con i precedenti PTPCT - adotta le seguenti misure:

- a) inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di *pantouflage* (ossia divieto di prestare attività lavorativa - a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente);
- b) dichiarazione del dipendente da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage* (e ciò al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma);
- c) previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o, comunque, attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

All'attuazione delle misure di cui alle precedenti lett. a) e b) provvede la UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, mentre l'attuazione delle misure di cui alla lett. c) è rimessa in capo alla UO Approvvigionamento dei beni, servizi e logistica ed alla UO Servizio Tecnico, in riferimento agli ambiti di rispettiva competenza.

Il RPCT, qualora a seguito di esposti e segnalazioni (anche anonime) venga a conoscenza di fatti astrattamente integranti la fattispecie di cui all'art. 53, comma *16-ter*, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 che riguardino soggetti già dipendenti dell'Azienda ospedaliera, attiva le opportune verifiche.

Laddove le verifiche inducano a ritenere accertata la violazione della norma in esame, il RPCT trasmette i relativi esiti all'ANAC, alla Direzione Generale, agli uffici responsabili dell'infrazione, nonché all'O.I.V., all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e alla Corte dei conti, in considerazione dei possibili rilievi erariali.

**Tabella Monitoraggio - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
(*pantouflage* – *revolving doors*)**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Inserimento negli atti/contratti di assunzione del personale di specifiche clausole che prevedono il divieto di <i>pantouflage</i>	Adeguamento contratti	Continuo	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane
Inserimento di specifica clausola nei bandi e negli atti prodromici all'affidamento di contratti pubblici recante l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016	Adeguamento contratti	Continuo	UO Approvvigionamento di beni, servizi e logistica/UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
Acquisizione informativa sul pantouflage dai dipendenti dirigenti che cessano dal rapporto di servizio	Acquisizione informativa	Un mese prima della cessazione del rapporto	UO Gestione ed Amministrazione Risorse Umane
Verifiche della violazione art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, a seguito di segnalazioni ed esposti	Verifiche e trasmissione esiti ad A.N.AC., uffici responsabili, O.I.V., U.P.D., Corte dei conti	In caso di ricezione di segnalazione ed esposti	RPCT

12.7 Rotazione del personale

12.7.1 La rotazione "ordinaria" degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.

Si rileva sin d'ora la necessità di dover contemperare il suddetto principio con specifiche normative di settore che prevedono per lo svolgimento di attività altamente specialistiche il possesso di comprovata e duratura esperienza nel campo. Basti pensare, a tal proposito, alle disposizioni introdotte dal Codice dei contratti pubblici di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. ove si prevede che lo svolgimento delle procedure di acquisto di beni, servizi e forniture nonché quelle riguardanti i lavori pubblici, di importo superiore a €40.000, siano demandate a stazioni appaltanti qualificate (la cui qualifica viene rilasciata in seguito a dimostrazione di stabilità, formazione e continuità nell'attività) oltre alla necessaria specifica formazione ed esperienza professionale per il Responsabile Unico del Procedimento (esperienza almeno quinquennale sul campo).

Peraltro, lo stesso PNA 2016 (nella parte dedicata all'approfondimento della rotazione del personale operante nell'ambito delle aziende sanitarie) come ribadito dal PNA 2017, rileva che in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali, pertanto si evidenziano di seguito le considerazioni rappresentate da ANAC e le relative indicazioni di carattere generale.

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.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura ANAC suggerisce di individuare, dapprima, le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

In particolare, relativamente all'Area clinica, si rileva che il personale medico è tutto inquadrato nel ruolo dirigente; le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOD) e dipartimenti.

Riguardo alle posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, si evidenzia che le stesse sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Mentre, con riferimento alle posizioni di Capo dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali), anch'esse assegnate sulla base di una procedura di scelta a all'interno di una rosa di idonei titolari di incarichi di UOC all'interno del dipartimento, è possibile ritenere che i predetti titolari di UOC afferenti ad un determinato dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico di Direttore di Dipartimento.

Relativamente alle *altre professioni sanitarie*, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), ANAC stessa segnala l'opportunità dell'applicazione del principio della rotazione ritenendo che vi siano margini di possibile applicazione. Al riguardo, evidenzia che in questo importante ambito professionale la maturazione di *expertise* per settori specifici se, da un lato, può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

Da ultimo, appare utile richiamare sul punto *le indicazioni generali e ulteriori* laddove si ribadisce che, pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile.

La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria (quali ad esempio il sistema di valutazione delle performance ed il sistema di analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni).

Peraltro, si segnala che la rotazione degli incarichi dovrebbe riguardare anche il personale non dirigenziale, specie se preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

Peraltro, si rileva come ANAC abbia inteso nuovamente soffermarsi sulla "rotazione del personale" nell'ambito del PNA 2018 (richiamando in tale sede quanto già espresso in occasione della "Relazione annuale 2017") per rinnovare la raccomandazione alle

amministrazione ed agli enti di osservare una maggiore attenzione sia nella programmazione della misura da effettuare nel PTPC sia nell'applicazione concreta della stessa o, comunque, delle misure alternative che possano sortire analoghi effetti (tra quelle previste nel PNA 2016, come ad esempio la segregazione delle funzioni).

Da ultimo si richiamano gli indirizzi sul punto espressi da ANAC nel PNA 2019 ove si rileva, tra l'altro, che il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, seguendo ANAC, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione "ordinaria" come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali: la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività; l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni" (secondo cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a svolgimento di istruttorie e accertamenti; adozione di decisioni; attuazione delle decisioni assunte; effettuazione delle verifiche).

In stretta correlazione a quanto sopra rappresentato, a livello aziendale si sono registrate diverse situazioni verificatesi nel recente periodo, riguardanti il contesto organizzativo e le singole posizioni professionali, di fatto attestanti l'avvenuta rotazione della titolarità degli incarichi di unità organizzative preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

Dapprima, nel richiamare il processo di riorganizzazione che ha interessato l'Azienda ospedaliera nel corso dell'anno 2020 e ricondotto nel nuovo Atto aziendale - riorganizzazione di cui si accennava in premessa e trattata più in dettaglio nella parte dedicata all'analisi del contesto interno - si dà evidenza che con conseguenti appositi atti del Direttore Generale sono state formalizzate le nomine dei Direttori di Dipartimento corrispondenti alla nuova organizzazione aziendale. Tali atti pertanto documentano l'avvenuto avvicendamento che ha interessato la maggior parte dei predetti incarichi.

Si dà atto, inoltre, che nell'ambito tecnico-amministrativo, con particolare riguardo ai procedimenti di acquisizione dei beni e servizi ed affidamento di lavori sono attuate già dall'anno 2016 particolari misure - peraltro suggerite da ANAC e considerate alternative alla rotazione in caso di competenze infungibili - consistenti nella frammentazione, ove possibile, del procedimento in fasi diversificate affidandole a soggetti diversi; misure - come detto - considerate efficaci per incoraggiare il controllo reciproco. La Struttura competente in materia

di Personale ha attestato l'applicazione di analoghe misure nei procedimenti di reclutamento del personale.

Con riferimento alle posizioni organizzative insistenti nelle diverse articolazioni aziendali di ambito tecnico ed amministrativo, si rileva che l'Azienda sin dall'anno 2012 si è dotata di apposita regolamentazione interna (peraltro, ad oggi, in fase di revisione) disciplinante gli aspetti relativi alla istituzione delle posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità, unitamente alla relativa graduazione delle funzioni stesse anche ai fini della determinazione delle corrispondenti indennità, oltre che le modalità di conferimento delle posizioni organizzative, alla loro durata ed al processo di valutazione delle stesse.

In ragione dell'avvenuta riorganizzazione aziendale che ha interessato oltre l'ambito sanitario anche quello tecnico amministrativo nonché della successiva formalizzazione dello specifico *Regolamento per l'istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione* (ex posizioni organizzative) di cui alla determina del Direttore Generale n.379 del 28 luglio 2020, l'Azienda ha conferito, sulla base di apposite procedure selettive, i nuovi incarichi di funzione con evidente incidenza ai fini della rotazione dei dipendenti stessi.

Si evidenzia comunque che, nell'applicazione concreta del principio di rotazione in funzione di prevenzione della corruzione, l'Azienda si attiene alle seguenti condizioni e criteri.

A) L'applicazione della misura della rotazione in ambito aziendale deve tenere conto dei vincoli connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda e della disponibilità di professionalità, dei vincoli e limiti posti dal CCNL e dalla normativa, dall'esito del confronto con le organizzazioni sindacali, dalle previsioni in atti a contenuto generale e nei contratti, dall'attenta disamina e valutazione degli aspetti gestionali delle diverse Strutture/articolazioni organizzative aziendali.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

E' esclusa la rotazione laddove possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi è quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche e rimane sempre rilevante la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

B) L'applicazione della misura della rotazione richiede un preliminare giusto temperamento tra l'attuazione della stessa e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie, evitando il

rischio di un inutile aggravio dei tempi procedurali, delle modalità di conduzione dei processi o l'insorgere di prassi non conformi alle previsioni normative, tenuto conto, altresì, delle dimensioni aziendali e soprattutto delle peculiarità delle attività erogate dall'Azienda.

In particolare, sempre attenendosi alle indicazioni ANAC, potranno essere sviluppate le seguenti misure organizzative di prevenzione alternative alla rotazione con analoga efficacia:

- rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- prevedere modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- nelle aree relative ai Contratti Pubblici e di Acquisizione e Gestione del personale, potrebbero essere attuati meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. Ad esempio, il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- equilibrata articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto esponga l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti;
- potrebbe essere programmata all'interno dello stesso ufficio una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità;
- "doppia sottoscrizione" degli atti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale.

Relativamente all'area di acquisizione e gestione del personale ed all'area di approvvigionamento di beni e servizi i rispettivi dirigenti hanno attestato anche per l'anno 2020 l'applicazione di talune misure alternative alla rotazione con analoga efficacia.

I Direttori/Responsabili hanno ognuno nelle rispettive relazioni di rendicontazione segnalato che vengono effettuati auditing periodici con i propri collaboratori:

- per pianificare l'assegnazione dei procedimenti amministrativi ai Responsabili del procedimento in funzione delle competenze dei propri collaboratori e dei requisiti professionali;
- per verificare lo stato di avanzamento delle attività di competenza alla luce delle scadenze stabilite;
- per valutare le cause /criticità che hanno determinato scostamenti dai termini fissati.

Inoltre, sono previste modalità di controllo volte a migliorare e rendere appropriato l'espletamento delle procedure di selezione del contraente, mediante un controllo ed una

tracciabilità sull'esecuzione di tutti i passaggi procedurali previsti dalla normativa in materia, a cura di tutti gli attori della struttura tramite l'utilizzo di una *check list* di adempimenti.

Nel corso dell'anno 2021, tutti i Dirigenti interessati saranno tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate, tenuto conto delle condizioni e criteri sopra riportati.

12.7.2 – La Rotazione “straordinaria”

L'istituto della rotazione c.d. “straordinaria” è prevista dall'art. 16, comma. 1, lett. l-*quater*) del D.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La richiamata norma prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*».

Con delibera ANAC 215/2019 sono state adottate specifiche “*Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001*” ove sono stati precisati alcuni profili che attengono in particolare:

- a) alla identificazione dei reati, presupposto da tener in conto ai fini dell'adozione della misura;
- b) al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

L'Azienda – per il tramite della UO Gestione ed Amministrazione delle risorse umane - assicura l'applicazione della norma assumendo, con immediatezza, provvedimenti motivati in relazione all'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, operando riferimento alle indicazioni fornite da ANAC con le richiamate Linee Guida.

Tabella monitoraggio: rotazione del personale

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Definizione criteri e misure rotazione del personale e programmazione pluriennale	Elaborazione proposta	2021-2023	RPCT /Dirigenti Responsabili UO
Monitoraggio rotazione incarichi nelle aree a rischio corruzione (P.N.A.)	Relazione	Annuale	Dirigenti Responsabili UO Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, UO Approvvigionamento di Beni, Servizi e Logistica, UO Bilancio, Patrimonio e

			Coordinamento Investimenti, UO Direzione Amministrativa di Presidio, UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
--	--	--	---

12.8 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 46, della L. n. 190/2012, stabilisce il divieto, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale, di:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi (comma 1, lett. a);
- essere assegnati, anche con funzioni direttive agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati (comma 1, lett. b);
- far parte delle commissioni di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere (comma 1, lett. c).

Si evidenzia, peraltro, che il Codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

L'art. 35-bis prevede, dunque, ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

L'art. 3 del d.lgs. 39/2013, recante *Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione*, dispone il divieto di attribuire incarichi dirigenziali, comunque denominati, a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Pertanto, ai fini dell'applicazione dell'art. 35-*bis* del d.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013, le pubbliche amministrazioni sono tenute a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-*bis* del d.lgs. 165/2001;
- c) all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Di seguito vengono indicate le modalità di attuazione della misura.

L'accertamento dell'assenza dei precedenti penali sopra richiamati a carico di dipendenti e/o soggetti esterni cui si intendono conferire gli incarichi di cui alle fattispecie sopra riportate, può essere svolto d'ufficio, attraverso l'acquisizione di certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti, oppure attraverso l'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'acquisizione di beni e servizi, per l'affidamento di lavori, per la concessione di contributi, sussidi, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere o di commissioni di concorso (anche per il personale con compiti di segreteria);
- b) all'atto del conferimento di incarichi dirigenziali, incarichi di funzione e di coordinamento;
- c) all'atto di assegnazione di dirigenti e di titolari di incarichi di funzione/coordinamento agli uffici di cui all'art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001 nonché al personale di cui sopra già assegnato.

E' altresì previsto l'inserimento nei bandi per il conferimento di incarichi delle condizioni ostative al conferimento.

Qualora, all'esito della verifica da parte della UO competente, risultassero a carico dei soggetti interessati precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Sul punto, si fa espresso rinvio alle le indicazioni contenute nel PNA 2019 di cui alla delibera ANAC 1064 del 23 novembre 2019 (PARTE III – par.1.5 e 1.6) nonché agli atti ivi richiamati, in particolare Delibera ANAC 447 del 17 aprile 2019.

Tabella Monitoraggio: Formazione di commissioni e assegnazione agli Uffici

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Accertamento dell'assenza di precedenti penali – art.35-bis, comma 1, lett.a), b) e c)	Acquisizione d'ufficio dei certificati del casellario giudiziale e dei carichi pendenti o attraverso l'acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione	Al verificarsi della fattispecie previste dalla normativa	UO Gestione ed Amministrazione Risorse Umane/UO Approvvigionamento di beni, servizi e logistica/UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
Dichiarazione sul conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione da parte del personale partecipante alle commissioni di cui alle lett.a) e c) dell'art.35-bis, comma 1, del d.lgs. 165/2001	Al verificarsi della fattispecie previste dalla normativa	UO Gestione ed Amministrazione Risorse Umane/UO Approvvigionamento di beni, servizi e logistica/UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
Attività di monitoraggio dello stato di attuazione dell'art.35-bis, comma 1, lett.a), b) e c)	Compilazione schede di monitoraggio	Annuale	UO Gestione ed Amministrazione Risorse Umane/UO Approvvigionamento di beni, servizi e logistica/UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
Attività di controllo in attuazione dell'art.35-bis, comma 1, lett.a), b) e c)	Controllo a campione	Annuale	RPCT
Disciplina interna sulla formazione di commissioni per l'affidamento di lavori, servizi e forniture	Proposta di determina del Direttore Generale	Entro 2021	UO Approvvigionamento di beni, servizi e logistica/UO Servizio Tecnico e Manutenzioni
Disciplina interna	Proposta di determina	Entro 2021	UO Gestione ed

sulla formazione di commissioni di concorso/selezioni	del Direttore Generale		Amministrazione delle Risorse Umane
---	------------------------	--	-------------------------------------

12.9 Patti di integrità negli affidamenti

Per "Patto di Integrità" s'intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, i Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure, devono assicurare l'inserimento del Patto d'integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili devono, inoltre, curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere d'invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del patto d'integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Al riguardo, si dà evidenza che l'Azienda, con determina DG n.703 del 2 ottobre 2017, ha approvato l'aggiornamento dello schema del "Patto d'Integrità" inerente alle procedure di scelta del contraente, pubblicato nel sito web aziendale, alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Si richiamano sul punto le Linee Guida n.15 di ANAC riguardanti la "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" – approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n.494 del 5 giugno 2019 - ove in merito a *Protocolli di legalità e patti di integrità*:

"11.1 Si raccomanda l'inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interesse rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interesse che insorga successivamente.

11.2 Si raccomanda di prevedere, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti, secondo la gravità della violazione accertata e la fase in cui la violazione è posta in essere, oltre che nel rispetto del principio di proporzionalità.

11.3 La Stazione appaltante valuta il comportamento del concorrente anche ai sensi dell'articolo 80, comma 5, lettera c-bis) del codice dei contratti pubblici, tenuto conto anche della natura del conflitto non dichiarato e delle circostanze che hanno determinato l'omissione".

In relazione alle suddette raccomandazioni, la UOC Gestione Approvvigionamento di Beni, Servizi e Logistica e la UOC Servizio Tecnico e Manutenzioni provvederanno nel corso dell'anno 2021 all'adeguamento dell'attuale Schema di Patto di integrità.

Tabella Monitoraggio: Patti di integrità negli affidamenti

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Patto di integrità	Aggiornamento e revisione	Entro 2021	UO Approvvigionamento beni, servizi e logistica /UO Servizio Tecnico e Manutenzioni

12.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

Come ulteriore misura per prevenire il rischio di corruzione, l'Azienda ha adottato, con determina del Direttore Generale n. 2 del 13 gennaio 2016, il "Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", secondo le previsioni contenute nell'art.1, comma 51, della legge 190/2012 e le indicazioni all'uopo fornite dal PNA nonché in coerenza alle specifiche linee guida fornite da ANAC con determinazione n.6 del 28 aprile 2015.

L'Azienda pertanto con il Regolamento di cui sopra ha attivato apposita procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti e ha predisposto le azioni da adottare per rafforzare la garanzia dell'anonimato e la tutela da azioni discriminatorie nei confronti del c.d. whistleblower.

A tal fine, è stata attivata una casella di posta elettronica dedicata segnalazione.illeciti@ospedalimarchenord.it, accessibile al solo Responsabile per la Prevenzione della Corruzione che la presidia costantemente. Al Regolamento è stata garantita la più ampia diffusione, tramite la pubblicazione sul sito Internet aziendale e sul Portale della Trasparenza.

Ad oggi, non risulta pervenuta alcuna segnalazione in tal senso.

Da ultimo, si evidenzia che il suddetto Regolamento nel corso dell'anno 2018 è stato oggetto di modifiche/adeguamento tenuto conto delle intervenute disposizioni normative in materia di cui alla Legge 30 novembre 2017, n.179.

Il *Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti* è stato adottato, nella sua versione aggiornata, con determina DG n. 122 del 7 marzo 2019 e pubblicato sul sito web aziendale – Sezione Amministrazione Trasparente – sotto sezione – Altri contenuti.

Al riguardo, si rileva che ANAC ha elaborato recenti *“Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”*, attualmente in consultazione.

Pertanto, a seguito della relativa formalizzazione e pubblicazione sul sito dell’Autorità, il RPCT provvederà al conseguente adeguamento della disciplina interna.

Tabella Monitoraggio: Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)

MISURE	FASI/ATTIVITA’ /MODALITA’ DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA’
Adeguamento del <i>Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti</i>	Elaborazione proposta di Regolamento e relativa determina di adozione	Entro 45 gg. dalla pubblicazione delle nuove Linee guida ANAC	RPCT
Analisi delle segnalazioni pervenute	Report consuntivo anche ai fini della predisposizione della relazione annuale A.N.AC.	Annuale	RPCT

12.11 Formazione del personale

In linea con la disposizione di cui all’art. 1, comma 9, lett.b) della legge n. 190/2012, l’Azienda continuerà a prevedere anche per il triennio 2021-2023, come già attuato negli anni precedenti, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione, con l’obiettivo strategico di assicurare un pieno e diffuso coinvolgimento del personale aziendale, a partire dalla dirigenza chiamata ad individuare i profili funzionali di maggiore rilevanza e comunque ad estendere la partecipazione a tutti i livelli.

Tali tematiche, peraltro, sono comunque oggetto di rilevazione del fabbisogno formativo nel corso di ciascun anno di elaborazione dello stesso Piano di Formazione, realizzando così il necessario coordinamento degli atti di pianificazione strategico – gestionale.

Ai fini di monitorare l’efficacia dei percorsi normativi si assumono i seguenti indicatori: numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso).

12.12 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Nei processi a maggior rischio corruzione ciascun Dirigente, per l'area o processo di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento. Tali termini sono fissati dai Responsabili delle singole Strutture/Servizi sulla base della normativa vigente e dei regolamenti interni e pubblicati in apposite Tabelle nell'ambito della Sezione Amministrazione Trasparente - sottosezione "Attività e procedimenti".

In linea con quanto già definito nei precedenti PTPCT, i suddetti Dirigenti/Responsabili delle unità operative interessate sono tenuti periodicamente a monitorare il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, elaborando un report periodico semestrale da trasmettere al RPCT oltre che al Direttore Generale, anche in funzione della titolarità del potere sostitutivo e del regime delle relative responsabilità come da disciplina della legge 241/1990.

Al riguardo, si dà evidenza che nel corso dell'anno 2017, si è provveduto alla elaborazione di apposita disciplina regolamentare in materia formalizzata con determina n.904 del 20 dicembre 2017.

Tabella Monitoraggio - 2

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti	Report a RPCT	Semestrale	Unità operative cui è assegnata la Responsabilità dei procedimenti amministrativi

12.13 Misure per l'alienazione degli immobili

Il PNA 2016 pone particolare attenzione alla cessione di immobili a terzi da parte delle aziende sanitarie, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) o comunque acquisiti dalle aziende, è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita).

Sul punto corre l'obbligo richiamare l'art.13 dell'Atto aziendale di cui alla determina n.721 del 3 ottobre 2016 ove si rileva che l'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio. A tal fine, nel rispetto della vigente legislazione regionale e statale ed in armonia con programmi e direttive regionali, attiva strumenti e modelli giuridico-economici finalizzati alla valorizzazione

e redditività del patrimonio disponibile, sempre e comunque in funzione della ottimizzazione dei propri servizi istituzionali. In ogni caso la gestione dei beni è condotta nell'ottica della tutela, della conservazione e della corretta manutenzione, anche tenendo conto dell'eventuale obbligo di tutela dei beni d'arte, culturali ed artistici in conformità ed attuazione della vigente normativa in materia.

In ragione dell'approfondimento operato da ANAC sulla tematica in oggetto, l'Azienda, per il tramite della UO Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti, effettua periodicamente una disamina interna secondo le indicazioni fornite in ordine ai possibili rischi e relativi indicatori (quali, tra gli altri, la consistenza del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali, la possibile anomala compresenza di fitti passivi e immobili in locazione, la significatività degli scostamenti tra valore, prezzo di vendita e ricavato nelle procedure di dismissione/locazione), provvedendo altresì alla pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" di ulteriori dati/informazioni aggiuntivi (rispetto a quelli già previsti *ex lege*) ossia:

- a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo;
- b) patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;
- c) esito delle procedure di dismissione/locazione;
- d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.

I suddetti elementi informativi, pertanto, verranno mantenuti aggiornati nel corso dell'anno 2021 secondo modalità e tempistica definite nell'Allegato n.2 al presente PTPCT (recante assolvimento obblighi di pubblicazione).

12.14 Sperimentazioni cliniche

Con Deliberazione di Giunta Regione Marche del 29 settembre 2014 n.1104, si è disposta l'istituzione del Comitato Etico Regionale (CER) delle Marche, con contestuale decadenza dei Comitati Etici operanti a livello di singole Aziende del SSR.

Con successiva DGRM n.244 del 20 marzo 2017, con la quale si è revocata la precedente DGR n.1104/2014, si prevede ad oggi la compresenza in ambito regionale di due Comitati Etici e, precisamente il Comitato Etico Regionale (CER) con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona" ed il Comitato Etico IRCCS_INRCA con sede presso l'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per Anziani(IRCCS-INRCA). Contestualmente all'istituzione dei predetti Comitati Etici, con il medesimo atto sono state approvate le disposizioni concernenti la loro costituzione, composizione ed organizzazione (di cui all'allegato A alla deliberazione stessa).

In tale ambito, con particolare riferimento alla tematica delle sperimentazioni cliniche proposte dalle singole Aziende ospedaliere/sanitarie, si demanda alle stesse l'adozione di specifica

regolamentazione interna disciplinante la suddivisione delle somme versate dai promotori, secondo le indicazioni riportate nel richiamato allegato A.

Al riguardo, posto che la tematica sulle sperimentazioni cliniche e la ripartizione dei proventi derivanti dalle stesse è stata oggetto di approfondimento da parte di ANAC proprio nel PNA 2016, le competenti unità organizzative (Direzione Amministrativa di Presidio e Bilancio) hanno provveduto nel corso dell'anno 2017 – secondo le previsioni contenute nel PTPC 2017-2019 - alla elaborazione di apposita disciplina interna che è stata oggetto di formalizzazione nell'anno 2018 con determina DG n.375 del 28 giugno 2018 (nei termini indicati dal PTPCT 2018-2020).

12.15 Comodati d'uso, donazioni, valutazioni "in prova"

Lo stesso PNA 2016 pone particolare attenzione ad alcune particolari modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento, quali i comodati d'uso, le donazioni, la valutazione "in prova", invitando le Aziende stesse a rafforzare le misure della trasparenza attraverso la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, con ciò rendendo possibile la conoscenza interna ed esterna dei comportamenti assunti dalle Aziende stesse in questo delicato ambito.

In tal senso, l'Azienda già in sede di PTPC 2017-2019, come confermato nei successivi PTPC, ha introdotto l'ulteriore misura di trasparenza prevedendo l'integrazione delle informazioni sul sito istituzionale relative alle tecnologie introdotte attraverso le predette modalità con il seguente set di dati:

- a) il richiedente/l'utilizzatore;
- b) la tipologia della tecnologia;
- c) gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;
- d) la durata/termini di scadenza;
- e) il valore economico della tecnologia;
- f) gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).

La pubblicazione dei suddetti dati e, quindi, effettuata secondo modalità e tempistica definite nell'Allegato n.2 al presente PTPCT (recante assolvimento obblighi di pubblicazione).

Al riguardo, si evidenzia che relativamente ai "comodati d'uso", "donazioni" e "valutazioni in prova", la "UO Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti" provvede alla pubblicazione sul sito web aziendale – Sezione Amministrazione Trasparente – del set di dati sopra indicato. Peraltro, sempre con riferimento a tali istituti si dà atto che gli aspetti procedurali sono ricompresi nel Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio (PAC); relativamente ai "conti/visione" o "valutazione in prova", l'Azienda ha adottato specifica procedura ricondotta sempre nell'ambito del PAC.

Si dà inoltre evidenza che con determina DG n.451 del 6 agosto 2019 è stato adottato apposito Regolamento aziendale in materia di accettazione donazioni, comodati d'uso e conti visione/valutazioni in prova, pubblicato sul Sito Web, Sezione Amministrazione Trasparente.

12.16 Il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intra moenia

Tale ambito, già considerato nella trattazione dei precedenti PTPC, anche sulla scorta delle indicazioni contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA, viene qui richiamato per proseguire nella relativa analisi in ragione dell'approfondimento operato da ANAC nel Piano 2016 sulla specifica tematica.

Invero, l'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa, di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, rappresenta un'area a rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.

In tal senso, il PTPCT considera questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Si dà evidenza inoltre che con determina DG n. 366 del 26 giugno 2019, l'Azienda ha adottato il Regolamento aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria.

Peraltro, si rileva che a seguito della modifica introdotta dal d.lgs. 97/2016 sulle disposizioni in materia di trasparenza riferite alle liste di attesa e di cui all'art.41, comma 6, del d.lgs.33/2013, l'Azienda ha l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle liste di attesa (come risulta dalla Tabella allegata al presente Piano – Allegato n.2).

Appare rilevante in tale sede rappresentare che il Servizio Ispettivo Aziendale, nel corso dell'anno 2020, ha provveduto ad effettuare controlli a campione su dieci professionisti dirigenti medici per verificare la congruità tra le timbrature orarie di lavoro e le agende CUP di libera professione; da tali verifiche non sono emerse anomalie.

12.17 Incarichi dirigenziali

Va evidenziato che già il PNA 2016 poneva attenzione sulle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali (valutazione, revoca o conferma degli stessi), evidenziando che tale ambito si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generale" come peraltro già rilevato nella precedente determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.

Nel richiamare le diverse tipologie di incarichi previsti dai CCNL della dirigenza sanitaria, ANAC si è soffermata sui Direttori di Dipartimento e sui Responsabili di strutture semplici.

Riguardo ai Direttori di Dipartimento ed alle relative procedure di conferimento dell'incarico, le aziende sanitarie sono invitate ad orientare le opportune misure di prevenzione seguendo alcune indicazioni:

- a) esplicitazione della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) predeterminazione dei criteri di scelta;
- c) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione della scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- d) pubblicazione degli atti del procedimento.

Relativamente agli incarichi di struttura semplice, le indicazioni riguardano:

- a) verifica della conformità del procedimento alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico;
- c) avvio della procedura selettiva tramite pubblicazione di avviso/bando pubblico indicante i requisiti soggettivi richiesti;
- d) costituzione di apposita Commissione di valutazione;
- e) predeterminazione dei criteri di selezione;
- f) esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- g) pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva pubblica, con costituzione di apposita Commissione, ANAC ha evidenziato altresì la necessità di applicare il criterio di rotazione ai fini della nomina dei componenti della Commissione richiedendo agli stessi dichiarazione di insussistenza di incompatibilità o di conflitto di interesse.

A seguito delle modifiche all'assetto organizzativo aziendale intercorse nel 2020 con Determina D.G. n. 258/2020, si è provveduto alla revisione del vigente "Regolamento di funzionamento dei dipartimenti e per la disciplina delle modalità di elezione dei Comitati di Dipartimento" (adottato con determina DG n.276 del 15 giugno 2020).

Nel corso dell'anno 2021 si provvederà pure - per quanto occorra - ad un aggiornamento della disciplina in materia di affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali.

12.18 Modalità per l'accesso di informatori farmaceutici presso le Unità operative aziendali

La pubblicità dei medicinali è disciplinata dal Titolo VIII del D.Lgs. 219/2006. In data 20/04/2006 sono state emanate da parte della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle

Province Autonome le "Linee Guida di regolamento regionale dell'informazione scientifica sul farmaco", ai sensi dell'art. 48, commi 21, 22 e 23 della L. n. 326/2003, le quali valgono, per quanto applicabili, anche per l'informazione scientifica dei dispositivi medici.

Esse rappresentano una sorta di "documento quadro", nel rispetto del quale talune Regioni hanno provveduto a regolamentare la materia in maniera più dettagliata a livello locale; tra queste, la Regione Marche che, con DGRM n. 598 del 14/04/2009, ha approvato le "Modalità operative per lo svolgimento dell'Informazione Scientifica sul Farmaco ai sensi dell'art.48, comma 21, della Legge 24.11.2003, n.326 e Pubblicità presso i Medici, gli Operatori Sanitari e i Farmacisti ai sensi del D.Lgs. 216/2009".

Pertanto, essendo demandata al livello regionale l'adozione di modalità operative uniformi in tutti gli ambiti del SSR interessati dalla pubblicità dei medicinali, l'Azienda ospedaliera è tenuta a conformarsi ad esse secondo la disciplina già approvata dalla Regione Marche contenuta nella DGRM 598/2009.

In tal senso, l'Azienda ha predisposto nel 2017 apposita Circolare che, nel richiamare le disposizioni vigenti in materia sopra richiamate, fornisce specifiche indicazioni applicative per assicurare ed agevolare lo svolgimento dell'attività degli ISF all'interno della struttura ospedaliera, con particolare riferimento a:

- individuazione di locali idonei (a cura della Direzione Sanitaria/Direzione Medica dei Presidi);
- individuazione di fasce orarie, da concordare con il responsabile dell'unità operativa, che non interferiscano con le ordinarie attività dei sanitari;
- programmazione degli incontri di informazione scientifica sui farmaci (mediante visite individuali su appuntamento oppure con incontri collegiali, con espressa evidenza del numero massimo di visite/anno);
- attivazione adeguato sistema di vigilanza e controllo sul rispetto delle disposizioni vigenti in materia e relative sanzioni.

Le indicazioni contenute nella predetta circolare sono oggetto di monitoraggio con cadenza annuale - da parte del Servizio Ispettivo Aziendale - volto a verificare la rispondenza delle misure introdotte rispetto alle finalità sottese alla disciplina di livello statale e regionale nonché alle esigenze organizzative aziendali.

Tabella Monitoraggio: Modalità per l'accesso di informatori farmaceutici presso le Unità operative aziendali

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Verifiche e controlli in ordine al rispetto della specifica procedura	Report a RPCT	Semestrale	Servizio Ispettivo aziendale

12.19 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali

Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'aggiornamento del PNA 2015, era stata rilevata come tale nell'ambito dei precedenti PTPC aziendali, con l'impegno di effettuare un'attenta disamina in merito tenuto conto delle rilevanti implicazioni sia di natura etica che economica – anche coinvolgenti gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi (anche esterni) incidenti su questo particolare ambito.

Fermo restando quanto sul punto espresso da ANAC circa un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi (configuranti varie ipotesi di illecito anche di rilievo penale) che possono verificarsi, si indicano, a titolo esemplificativo: la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. Al riguardo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

In relazione a quanto sopra, la Direzione Medica dei Presidi ospedalieri ha elaborato apposita procedura, formalizzata in data 26 giugno 2018 con la finalità di fornire indicazioni sulle attività e comportamenti da tenere nei casi di decessi in ambito intraospedaliero, dando evidenza in tale sede che la gestione del Servizio Mortuario è affidato a Ditta esterna.

Nel corso dell'anno 2019 la stessa Direzione Medica ha provveduto ad una prima mappatura del relativo processo, che necessita di affinamenti con particolare riguardo alla individuazione

dei fattori di rischio e delle misure di controllo/riduzione del rischio. Pertanto, la stessa verrà perfezionata nel corso dell'anno 2021.

Tabella Monitoraggio: Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Verifiche e controlli in ordine al rispetto della specifica procedura	Report a RPCT	Annuale	Direzione Medica dei Presidi

13.0 Strategie e azioni per l'effettiva semplificazione e trasparenza dei processi amministrativi attraverso la informatizzazione

Così come ribadito da ANAC, la correlazione tra corruzione e processi di informatizzazione è rilevante in quanto si può affermare che dove il livello di informatizzazione è elevato il corrispondente livello di corruzione è basso, pertanto la tecnologia rappresenta lo strumento principale nella prevenzione della corruzione.

In tale ottica, l'Azienda Marche Nord pone tale misura al centro delle sue linee strategiche con l'obiettivo di esaminare i rapporti tra semplificazione, digitalizzazione e trasparenza e, quindi, di attuare l'innovazione tecnologica favorendo l'efficienza nella gestione dei processi di acquisizione di beni e servizi e risorse umane.

Già l'ANAC con la sua circolare del 27 maggio 2020 segnala l'importanza strategica di porre in essere azioni che completino la digitalizzazione degli appalti come leva per la semplificazione dei processi di *procurement*, dell'attuazione della trasparenza amministrativa nel settore e, più in generale, della disponibilità e accessibilità dei dati alle istituzioni e ai cittadini. L'Autorità sottolinea che i due perni su cui agire sono la digitalizzazione e la professionalizzazione dei professionisti.

Pertanto, obiettivo strategico, per gli anni 2021-2023, è quello di addivenire alla digitalizzazione dell'intero "ciclo di vita" dei contratti pubblici sia di beni/servizi e lavori che di risorse umane con l'intento di semplificare, ridurre gli oneri amministrativi a carico delle stazioni appaltanti (economicità) e agevolare l'interazione con la pubblica amministrazione (trasparenza).

Primo presupposto di tale processo è indubbiamente quello di assicurare l'interoperabilità e l'interscambio delle informazioni già presenti nei sistemi informativi aziendali, così da garantire

le preminenti esigenze di digitalizzazione dei contratti pubblici, di pubblicità e di trasparenza delle informazioni (art. 37 del lgs 33/2013).

L'interoperabilità dei sistemi diventa così il fattore chiave per garantire qualità, unicità e certezza dei dati e la loro disponibilità per le diverse finalità di pubblicità, trasparenza e controllo della spesa.

Più in dettaglio, si intende completare l'informatizzazione delle fasi del processo di acquisizione di beni/servizi e lavori oltre che di risorse umane, mediante:

1. gestione digitale della programmazione;
2. gestione digitale della scelta del contraente;
3. gestione digitale della fase esecutiva, integrata anche della parte contabile;
4. sistema informativo integrato per l'armonizzazione dei flussi informativi in tema di controlli e rischi.

Si riporta di seguito lo stato attuale degli interventi di informatizzazione riguardanti le richiamate aree di rischio.

13.1 Digitalizzazione delle procedure di gara

In attuazione alla normativa vigente in materia, l'Azienda ha in dotazione un'applicazione con interfaccia web che permette di definire ed eseguire flussi di lavoro che comportano l'assegnazione di compiti ai diversi attori coinvolti, la produzione e la firma di documenti e la raccolta di informazioni e documentazione relative ai flussi nel loro complesso o ai singoli passaggi delle varie attività amministrative. Gli utenti di tale procedura possono accedere alla lista dei compiti loro assegnati, prenderli in carico, inserire informazioni e documenti e selezionare azioni che determinano la prosecuzione del flusso e quindi il passaggio ad altri attori o la conclusione della procedura. Ogni procedura produce un "fascicolo digitale" che si interfaccia con il sistema documentale aziendale di Paleo, in cui vengano redatti direttamente in forma digitale, raccolti, pubblicati (mediante apposita funzionalità di collegamento alla Sezione Trasparenza) ed archiviati tutti i provvedimenti e le informazioni relative alla medesima procedura di gara.

13.2 Digitalizzazione/informatizzazione del ciclo passivo

Il processo di *workflow* del "ciclo passivo" è stato attivato a partire dal mese di dicembre 2014. Il processo permette il monitoraggio informatico dei documenti passivi al fine di garantirne il pagamento entro i termini di legge. Nel nuovo processo si individuano tre macro aree di riferimento:

- ufficio registrazione documenti;
- ufficio di liquidazione;
- ufficio pagamento.

Ciascuna con un compito ben preciso e determinante, riassumibile rispettivamente:

- nella registrazione dei documenti,
- nella verifica e liquidazione dei documenti,
- nella messa in atto dell'effettivo pagamento.

L'iter documentale è garantito da un dettagliato e complesso sistemi di blocchi che guidano l'utente nel rispetto e nel compimento dei corretti passaggi. In questo processo i report per il monitoraggio dei documenti passivi sono due:

1. documenti liquidati: finalizzato alla rendicontazione dei tempi di registrazione, liquidazione e pagamento nel caso in cui il processo di *workflow* sia completato. Questo report riporta l'indicazione:

- dell'utente inserimento: cioè di colui che ha inserito la fattura nel workflow e che pertanto ha dato avvio al processo;
- della liquidazione automatica: che può essere S o N. Nel primo caso non è necessario un passaggio all'ufficio liquidazione, che invece è indispensabile nel caso in cui la liquidazione sia manuale;
- dell'utente liquidatore: cioè di colui che ha caricato il documento di trasporto se la liquidazione è automatica o di colui che ha "agganciato" il documento di trasporto alla fattura se la liquidazione è manuale;
- dell'utente responsabile: cioè di colui che ha caricato il documento di trasporto se la liquidazione è automatica o di colui che ha approvato la liquidazione della fattura se la liquidazione è manuale;

2. fatture in workflow liquidazione: finalizzato al monitoraggio dei tempi di registrazione, liquidazione e pagamento nel caso in cui il processo di workflow sia in corso per evitare che le fatture vengano pagate oltre i termini di legge. Questo report riporta l'indicazione:

- dell'attività in cui è ferma la fattura;
- dell'ufficio destinatario della fattura che ce l'ha in gestione;
- dell'utente preferenziale cioè colui che ha emesso l'ordine richiamato in fattura;
- dell'utente gestione cioè colui che ha preso in gestione la fattura;
- dello stato della fattura: nei casi in cui sia bloccata significa che la fattura è stata gestita ma sono stati bloccati i termini di pagamento. La motivazione non viene riportata nel report anche se presente nella relativa scadenza della fattura. Vengono invece riportate le note indicate in testata fattura.

Il sistema informativo garantisce, attraverso le adeguate profilature degli utenti (attività svolta da un utente amministratore del sistema), la separazione dei compiti e delle responsabilità tra uffici e, all'interno degli uffici, tra referenti e responsabili, al fine di ridurre gli eventi rischiosi. I report garantiscono il monitoraggio dei dati a consuntivo al fine di analizzare eventuali aree di miglioramento del rischio.

Nel triennio 2021-2023 l'Azienda intende sviluppare le seguenti funzionalità:

- **Modifica logica di individuazione dell'ufficio liquidazione:** Associazione RUP ◊ufficio liquidazione (tabella generica). In caso di assenza del legame bolla/fattura oppure in assenza del CIG sulle scadenze, il wf deve leggere dall'xml del documento passivo il relativo CIG e da quello individuare il RUP. In caso di assenza del CIG in anagrafica AVCP e in assenza del RUP, oppure in caso di presenza di CIG associati a diversi RUP, il wf deve chiedere l'ufficio di liquidazione all'ufficio bilancio (come avviene attualmente in caso di assenza dell'ordine)
- **integrazione workflow passivo:** inserimento passaggio collaudo cespiti tramite apposita funzionalità
- **analisi beni in noleggio e comodato:** le regole tecniche di NSO prevedono tra l'ordinazione di consegna 227 il sotto-tipo CG comodato gratuito e CN conto noleggio.

13.3 Informatizzazione della gestione delle risorse umane

a) sistema gestione procedure dei bandi/selezioni per acquisizione di personale

Nell'anno 2019 è stato adottato un sistema informatizzato per l'acquisizione delle domande di concorso; ai potenziali candidati è richiesta la compilazione della domanda mediante un format on line, riducendo così il rischio di inosservanza di regole procedurali, a garanzia della trasparenza ed imparzialità dei concorsi e delle prove selettive. La presenza di una domanda informatica previene il rischio di definizione di requisiti di accesso personalizzati e di insufficienti meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti

b) Portale Dipendente

Dal..... tutto il personale dipendente dell'AOMN utilizza l'applicativo "Portale Dipendente" sulla rete dedicata ai dipendenti, per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie, riposi compensativi e omesse timbrature) in luogo della modulistica cartacea; è stato progettato studio di fattibilità per l'utilizzo di un'estensione del citato applicativo per l'autorizzazione dei congedi straordinari e altre assenze personale che necessitano documentazione da autorizzare tramite apposito work-flow che consenta ad ogni responsabile/coordinatore l'autorizzazione e il monitoraggio in autonomia delle presenze/assenze del personale afferente la propria struttura.

MISURA STATO	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
Aggiornamento mappatura processi e procedimenti	Avvio della fase di implementazione mappatura (30/06/2021) Aggiornamento	Provvedimento adozione aggiornamento mappatura	Dirigenti aree a rischio RPCT

	mappatura (31/12/2021)		
Sviluppo funzionalità Informatizzazione par 13	Avvio fase di analisi Sviluppo		Dirigenti aree a rischio RPCT- DEC Areas-RTD
Valutazione della pubblicazione automatica dei documenti generati digitalmente dai sistemi Informativi sulle apposite sezione di Amministrazione Trasparenza	Documento di analisi		Dirigenti aree a rischio RPCT- RTD
Sviluppo di un sistema informatizzato di segnalazione(alert) delle scadenze dei termini entro i quali effettuare le pubblicazioni Individuazione delle pubblicazioni su cui attivare il sistema di segnalazione (alert) e analisi dei requisiti	Documento di analisi		Dirigenti aree a rischio RPCT- DEC Areas-RTD

13.4 Sviluppo Sistemi di misurazione

Partendo dall'analisi delle misure già codificate nell'allegato "Registro rischi" del precedente PTPCT si intende attuare attraverso una metodologia, anche riportata dai documenti ANAC, una costruzione di set di indicatori oggettivi e soggettivi di rischio di corruzione e prevenzione alla corruzione con sistematicità di produzione ed adeguata specificità per processo a rischio.

Nella ricerca di misurare l'efficacia delle misure occorre individuare indicatori caratterizzati da:

- **precisione, e significatività**, intesa come la capacità di misurare realmente il grado di attuazione della misura;
- **completezza**, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati dell'amministrazione;
- **Tempestività**, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili;
- **Misurabilità** capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili;
- **comparabilità** - deve essere possibile una comparazione nel tempo (over time) e/o nello spazio (cross section);
- **economicità** - i benefici derivanti dall'indicatore devono essere superiori al costo della rilevazione ;
- **validità** - devono misurare effettivamente ciò che si intende misurare

Gli indicatori si classificano per misurare le seguenti dimensioni:

- **L'efficacia interna** è intesa come rapporto tra prodotti (output) e obiettivi dei promotori. Gli indicatori di efficacia interna e/o di realizzazione progettuale si riferiscono alle modalità di trasformazione degli input in output, e quindi agli effetti diretti degli interventi dell'amministrazione
- **L'efficienza** è invece il rapporto tra risorse impiegate (input) e prodotti (output), per cui la sua valutazione implica l'analisi del processo tecnico-produttivo e della gestione dei fattori della produzione
- **Il risultato (outcome)**: Misure collegate alla modificazione del comportamento dei soggetti beneficiari
- **L'impatto (impact)**: misurano quanto le attività realizzate hanno effettivamente influito nel modificare la situazione indesiderata

MISURA STATO	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
Monitoraggio indicatori registro rischi	Monitoraggio semestrale	Report semestrale	Dirigenti aree a rischio RPCT
Aggiornamento set di	Entro 31/12/2021	Anagrafica indicatori	Dirigenti aree a

indicatori			rischio RPCT
Sviluppo di un sistema integrato di misure di controlli di conformità dei processi a rischio	esistenza report di monitoraggio	entro 31/06/ 2022	RPCT Gruppo di supporto

PARTE II

LA TRASPARENZA

16. La misura della trasparenza

La trasparenza rappresenta una misura di rilievo e di fondamentale importanza per la prevenzione della corruzione, strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Il d.lgs. n. 97/2016, che persegue l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, ha apportato rilevanti innovazioni al quadro normativo delineato in materia di trasparenza dalla Legge n.190/2012 e dal D.lgs. n. 33/2013.

Nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni normative e/o di attuazione vigenti, l'Azienda ha provveduto alla definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza che sono state ricondotte nel presente Piano, quale sua parte integrante e sostanziale. In essa sono contenute le misure, le modalità e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti, ivi comprese le soluzioni organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, con chiara identificazione dei responsabili della elaborazione/trasmisione dei dati e documenti nonché dei responsabili della pubblicazione degli stessi.

La Sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale è stata adeguata alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n.1310/2016 recante "*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*", organizzata in sotto - sezioni, all'interno delle quali vengono pubblicati i documenti, le informazioni e i dati previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii..

Sempre nel contesto della trasparenza, particolare attenzione va posta all'art.6 del D.lgs. n. 97/2016 che, nel novellare l'art.5 del D.lgs. n. 33/2013, ha disciplinato un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Alla luce di quanto sopra, l'Autorità è intervenuta con apposite *Linee guida* recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D.lgs.33/2013 (ex delibera ANAC n.1309 del 28 dicembre 2016). In tale ambito, l'Autorità stessa, considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, ha suggerito ai soggetti tenuti all'applicazione

del decreto trasparenza l'adozione, anche nella forma di un regolamento interno sull'accesso, di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

In tal senso ed in attuazione della specifica misura prevista nel PTPC 2017-2019, l'Azienda nel corso dell'anno 2017 ha provveduto ad elaborare apposita disciplina interna formalizzata con determina DG n.483 del 27 giugno 2017 di approvazione del Regolamento in materia di accesso a documenti, dati e informazioni *ex Lege* 241/1990 e ss.mm.ii. e D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., articolato in distinte Sezioni dedicate all'accesso documentale, all'accesso civico "semplice" connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33 e all'accesso civico "generalizzato". Relativamente a tale ultima tipologia di accesso, si richiama la Circolare n.1/2019 sulla *Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato* (c.d. FOIA), firmata in data 28 giugno 2019 dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e in riferimento alla quale il suddetto Regolamento potrà essere adeguato nel corso dell'anno 2021

Si è provveduto, altresì, alla istituzione del «Registro degli accessi» (per tutte le tipologie di accesso), pubblicato ed aggiornato con cadenza semestrale sul Sito web aziendale nell'apposita Sezione «Amministrazione Trasparente» - sottosezione «Altri contenuti».

Ciò anche al fine di consentire al RPCT l'espletamento delle specifiche funzioni riconosciutegli dallo stesso art. 5 del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii..

17. Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella Tabella di cui all'Allegato n.2 al presente PTPCT.

Nella Tabella sono indicati i dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs.33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016. Rimane anche il riferimento ai dati che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente oltre a quelli che non sono di pertinenza dell'Azienda ospedaliera in relazione all'organizzazione ed alle funzioni proprie della stessa; e ciò secondo le indicazioni di cui alla richiamata delibera ANAC 1310/2016 nonché delle successive disposizioni intervenute in materia.

L'Azienda, come già in passato, prevede la pubblicazione sul proprio sito "Amministrazione Trasparente" di altre informazioni (oltre a quelle previste come obbligatorie) nella logica di rendere disponibili ulteriori dati che possano dar conto del funzionamento aziendale e dei risultati. Tali informazioni sono riportate nella Sezione "Altri contenuti" - sotto sezione: "Dati ulteriori".

Le pubblicazioni non più obbligatorie in base al D. Lgs. 97/2016 rimarranno visibili fino alla loro naturale scadenza ad eccezione di quelle informazioni, ancorché non più obbligatorie, che si è ritenuto o si riterrà di mantenere comunque alimentate nella Sezione "Altri contenuti".

In tale contesto, si dà evidenza che l'Azienda intende proseguire nel corso del triennio 2021-2023 nella implementazione dell'automazione del flusso dei dati oggetto di pubblicazione e, più in generale, all'adeguamento evolutivo del sito web aziendale – Sezione "Amministrazione trasparente".

18. Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"

Come previsto al precedente paragrafo, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella Tabella di cui all'Allegato n.2 al presente PTPCT.

Nella Tabella sono indicati i dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs.33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016. Rimane anche il riferimento ai dati che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente oltre a quelli che non sono di pertinenza dell'Azienda ospedaliera in relazione all'organizzazione ed alle funzioni proprie della stessa.

L'Azienda prevede la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" di altre informazioni (oltre a quelle previste come obbligatorie) nella logica di rendere disponibili ulteriori dati che possano dar conto del funzionamento aziendale e dei risultati. Tali informazioni sono riportate nelle sottosezioni "Altri contenuti" – "Dati ulteriori".

Le pubblicazioni non più obbligatorie in base al D.Lgs. 97/2016 rimarranno visibili fino alla loro naturale scadenza ad eccezione di quelle informazioni, ancorché non più obbligatorie, che si è ritenuto o si riterrà di mantenere comunque alimentate nella Sezione "Altri contenuti".

Come si rileva dalla richiamata Tabella allegata al presente PTPCT, l'Azienda ha inteso conferire particolare rilevanza alla responsabilità in capo ad ogni singola unità operativa e ai relativi dirigenti/responsabili sia in termini di assolvimento degli obblighi di elaborazione/trasmissione dei dati che di pubblicazione degli stessi. Si rileva, altresì, che, in ragione dell'attuale contesto organizzativo, per taluni obblighi è prevista la coincidenza di dette responsabilità in un unico soggetto/unità organizzativa.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce le articolazioni organizzative preposte alla elaborazione e/o trasmissione dei dati ovvero alla pubblicazione degli stessi. Per tali incombenze il Responsabile medesimo si avvale anche di apposito "Gruppo di lavoro permanente".

In tal senso, i Dirigenti/ Responsabili delle articolazioni organizzative garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (a norma dell'art.43, comma 3, del D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii.), assicurando l'accuratezza, la completezza dei dati ed il rispetto degli ulteriori criteri stabiliti per

la qualità dei dati stessi, ivi compresi i formati e i dati di tipo aperto, secondo le modalità e le specifiche tecniche previste dal D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. nonché dalle determinazioni ANAC, dal presente Piano e da quant'altro conferente al riguardo.

I tempi di inserimento dei dati e la frequenza del loro aggiornamento sono stabiliti *ex lege* e dettagliatamente sintetizzati nella Tabella allegata al presente PTPCT, secondo le indicazioni dettate da ANAC, in particolare:

- per aggiornamento tempestivo, deve intendersi che l'aggiornamento sia effettuato entro 30 giorni dalla data di disponibilità dell'informazione, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PTPCT;
- per aggiornamento semestrale/trimestrale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza del semestre di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PTPCT;
- per aggiornamento annuale, deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza dell'annualità di riferimento, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme ovvero indicate nella tabella allegata al PTPCT.

Coerentemente alle indicazioni contenute nelle richiamate Linee Guida ANAC, si è provveduto alla definizione, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, dei termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato in corrispondenza dei singoli obblighi.

19. Qualità dei dati pubblicati

Ai fini della pubblicazione dei dati, i responsabili sono tenuti all'osservanza dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6, comma 1, del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., così come richiamati nelle Linee Guida ANAC, e precisamente:

- A) **Integrità** - insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato (ex DPCM 13 novembre 2014, allegato 1).
- B) **Costante aggiornamento** - Dapprima si rileva la necessità che per ogni dato, o categoria di dati, sia indicata, in corrispondenza di ciascun contenuto, la data di pubblicazione e, conseguentemente, la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Si focalizza, in particolare, l'attenzione – così come segnalato da ANAC - sul significato del termine aggiornamento in base al quale non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti. Le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono dunque tenuti a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove

necessario, anche nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ai sensi dell'art. 7, co. 3, lett. a) del D.Lgs. 196/2003.

Al fine di rendere verificabile il controllo effettuato dalle strutture/soggetti preposti sull'attualità delle informazioni pubblicate, ANAC evidenzia la necessità che in ogni pagina della sezione "Amministrazione Trasparente" venga indicata la relativa data di aggiornamento. Al riguardo, si indicano le seguenti quattro diverse frequenze di aggiornamento:

a) Cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;

b) Cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;

c) Cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;

d) Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione (e comunque entro il termine di 30 giorni).

(In relazione agli aspetti trattati nel presente punto cfr. determinazione ANAC 50/2013, allegato 2, paragrafo 2, e determinazione ANAC 1310/2016, Parte prima, paragrafo 3).

- C) **Completezza** - in coerenza con quanto stabilito dalla determinazione ANAC 50/2013, all'allegato 2, paragrafo 1, un dato è da ritenersi pubblicato in maniera completa se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici. Per quanto concerne l'esattezza, quest'ultima è da intendersi riferibile alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, indica la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
- D) **Tempestività** - l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. stabilisce che i documenti contenenti dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei termini di legge vengano pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Amministrazione, intendendosi, in tal senso, il rispetto del termine di trenta giorni;
- E) **Semplicità di consultazione**/F) **Comprensibilità** - al fine di rendere il dato maggiormente comprensibile e di semplice consultazione si consiglia la rappresentazione dello stesso, ove possibile, in tabelle. In ogni caso, si segnala che l'utilizzo di tabelle è obbligatorio laddove previsto nel PTPCT;
- G) **Omogeneità** - sulla base delle definizioni fornite con l'allegato 1 al DPCM 13 novembre 2014, al fine di favorire una maggior comprensibilità dei dati pubblicati, si richiama l'attenzione sulla necessità di aggregare ed organizzare i medesimi per aree e categorie omogenee, attraverso una gestione unitaria e coordinata delle attività di pubblicazione all'interno delle strutture;
- H) **Facile accessibilità** - in aderenza ai principi contenuti nella Legge 9 gennaio 2004, n. 9 e ss.mm.ii., nel D.Lgs. del 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., nel Decreto 20 marzo

2013 del Ministero dell'Università e della Ricerca e nella Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, è opportuno che i dati pubblicati possano essere facilmente fruiti e trasformati secondo le necessità dell'utenza, senza che si verifichino ingiustificati disagi o vincoli al momento dell'accesso ai dati stessi;

- I) **Conformità ai documenti originali** – si richiamano, al riguardo, i principi indicati dalle Linee Guida (maggio 2016) dell'Agenzia per l'Italia Digitale, in materia di pubblicità legale dei documenti e sulla conservazione dei siti web delle P.A., evidenziando la necessità di assicurare che i dati mantengano i requisiti di autenticità, inalterabilità ed immodificabilità rispetto ai documenti originali in possesso delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;
- J) **Indicazione della provenienza** – E' necessario che sia sempre tracciabile la riconducibilità dei dati alla titolarità delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;
- K) **Riutilizzabilità** – in osservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (e con specifico riferimento ai DPCM attuativi del 3.12.2013 disciplinanti regole tecniche per il Protocollo Informatico e per il sistema di conservazione documentale), nonché nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. e nelle determinazioni ANAC 50/2013 (allegato 2) e 1310/2016, sono da intendersi dati in formato aperto quelli che presentano le seguenti caratteristiche:
- sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;
 - sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, in formati aperti, sono adatti all'utilizzo automatico da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati;
 - sono resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione.

Al riguardo, ANAC evidenzia che l'Agenzia per l'Italia Digitale aggiorna, con periodicità almeno annuale, un repertorio dei formati aperti utilizzabili dalle pubbliche amministrazioni. Da tale repertorio sono, appunto, esclusi i formati proprietari, in sostituzione dei quali è possibile utilizzare sia *software Open Source* (quali ad esempio *Open Office*) sia formati aperti (quali ad esempio, *rtf* per i documenti di testo e *csv* per i fogli di calcolo). Per un costante aggiornamento sull'argomento, si invitano, pertanto le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a fare costante riferimento al citato repertorio dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

Per quanto concerne il pdf – formato proprietario il cui *reader* è disponibile gratuitamente, se ne suggerisce l'impiego esclusivamente nelle versioni che consentano l'archiviazione a lungo termine e indipendenti dal software utilizzato (ad esempio: il

formato pdf/A i cui dati sono elaborabili, mentre il ricorso al pdf in formato immagine utilizzato per la scansione dei documenti cartacei non assicura che le informazioni siano elaborabili).

20. Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione

In ordine alla decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione, viene operato espresso riferimento oltre che alle disposizioni di legge di cui al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii, alle relative indicazioni contenute sul punto nelle Linee guida ANAC 1310/2016.

Al riguardo, la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (come previsto all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (come previsto all'art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.) nonché quanto già stabilito in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito web aziendale. Decorsi i predetti termini, la trasparenza viene assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico di cui all'art. 5 della citata norma.

E', altresì, prevista la possibilità che ANAC, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, fissi una durata di pubblicazione inferiore al quinquennio basandosi su una valutazione del rischio corruttivo, nonché delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso presentate (ex art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.).

21. Monitoraggio

Il RPTC svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica, con cadenza trimestrale, mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto in corrispondenza di ciascun obbligo di pubblicazione. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT, di norma, il dirigente/responsabile della elaborazione e/o trasmissione dei dati nonché il dirigente/responsabile della pubblicazione degli stessi informano tempestivamente (e, comunque, entro 30 giorni) il RPCT dell'avvenuta trasmissione e pubblicazione nelle corrispondenti sotto-sezioni della Sezione Amministrazione Trasparente.

22. Le "Giornate della trasparenza"

In coerenza alle disposizioni di cui all'art.10, comma 6, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. secondo cui *"Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di*

consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”, l’Azienda realizzerà per le finalità sopra richiamate (e per il tramite dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico), la Giornata della Trasparenza rappresentando in tale sede dati e contenuti inerenti l’intero anno.

In particolare, gli esiti del confronto potranno essere considerati ai fini del miglioramento dei livelli di trasparenza e, quindi, eventualmente riconducibili nell’ambito della pianificazione strategico-gestionale.

L’Azienda valuterà l’opportunità della realizzazione di alcune giornate informative alla presenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di tutela del cittadino-utente; ciò anche con la finalità di promuovere la cultura della legalità e della cittadinanza responsabile in linea con le previsioni della recente legge regionale n. 27/2017 e che potranno agevolare sinergie tra Amministrazioni operanti sul territorio.

Nel contesto della diffusione della cultura della trasparenza pare poi opportuno tenere conto di quanto precisato nelle Linee guida n. 4/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla “valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche” di cui all’art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009 volte quindi a rafforzare il ruolo dei cittadini e degli utenti nel ciclo di gestione della performance.