



Allegato A

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

2022-2024

INDICE

1. Premessa	5
PARTE I	7
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	7
SEZIONE I	7
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: CONTESTO, SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'	7
2. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) – Finalità	7
2.1 <i>Il processo di approvazione del PTPC 2022</i>	8
3. Soggetti interni coinvolti nel processo di predisposizione e adozione del PTPC: ruoli e responsabilità	10
3.1 <i>Organo di indirizzo: il Direttore Generale</i>	10
3.2 <i>Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)</i>	11
3.3 <i>Supporto operativo al RPCT</i>	12
3.4 <i>Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: ruolo e compiti</i>	12
3.5 <i>Ruolo dei Dirigenti per l'area di rispettiva competenza</i>	15
3.6 <i>Organismo indipendente di valutazione</i>	16
3.7 <i>L'Ufficio per i procedimenti disciplinari</i>	16
3.8 <i>Il Servizio Ispettivo Aziendale</i>	17
3.9 <i>Ruolo dei dipendenti</i>	17
3.10 <i>Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda</i>	17
3.11 <i>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RASA)</i>	18
3.12 – <i>"Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio</i>	18
3.13 – <i>Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e Responsabile per la Protezione dei Dati Personali</i>	19
SEZIONE II	20
LA GESTIONE DEL RISCHIO	20
4. Linee generali	20
5. Analisi del contesto di riferimento: esterno e interno	21
5.1 <i>Analisi del contesto esterno</i>	21
5.1.1 <i>La situazione socio economica</i>	21
5.1.2 <i>Il fenomeno della corruzione: i contributi internazionali e la corruzione in Italia</i>	23
5.1.3 <i>Gli indicatori investigativi, giurisdizionali e di controllo</i>	30
5.2 <i>Analisi del contesto interno</i>	31
5.2.1 <i>Organizzazione e funzionamento</i>	31

5.2.2 Politiche di qualità e politiche formative	35
5.2.3 Le risorse umane, le risorse tecnologiche e gli investimenti.....	35
5.2.4 Attività ospedaliera- Emergenza Covid 19	36
5.2.5 PNRR e contratti pubblici	36
6. La "mappatura" dei processi.....	40
7. La valutazione del rischio	42
7.1 Identificazione degli eventi rischiosi	42
7.2 L'analisi del rischio.....	44
7.3 La ponderazione del rischio	46
8. Il trattamento del rischio.....	48
8.1. L'individuazione delle misure.....	49
8.2 La programmazione delle misure	50
9. Monitoraggio e riesame	51
9.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure.....	51
9.2. Monitoraggio sull'idoneità delle misure	53
9.3 Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema	53
10. La consultazione e la comunicazione	53
SEZIONE III.....	55
LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	55
11. I Doveri di comportamento. Il Codice di comportamento.....	55
11.1 Codice di comportamento e Codice etico	58
12. Conflitto di interessi e obbligo di astensione	58
12.1 Astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi.....	59
12.2 Conflitto di interessi e incarichi a consulenti e collaboratori.....	61
12.3 - Il conflitto di interessi nel Codice dei contratti pubblici.....	62
12.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali	64
12.5 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi	66
12.6 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	70
12.7 Rotazione del personale.....	73
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	73
12.7.2 – La Rotazione "straordinaria"	78
12.8 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.....	79
12.9 Patti di integrità negli affidamenti.....	81
12.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).....	82
12.11 Formazione del personale.....	83
12.12 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti	84
12.13 Misure per l'alienazione degli immobili	85

12.14 Sperimentazioni cliniche.....	85
12.15 Comodati d'uso, donazioni, valutazioni "in prova".....	86
Tabella Monitoraggio - Comodati d'uso, donazioni, valutazioni "in prova".....	87
12.16 Il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intra moenia	88
12.17 Incarichi dirigenziali.....	88
12.18 Modalità per l'accesso di informatori farmaceutici presso le Unità operative aziendali.....	89
12.19 Attività e comportamenti in caso di decesso di pazienti nelle Unità operative dei Presidi ospedalieri aziendali	90
13.0 Strategie e azioni per l'effettiva semplificazione e trasparenza dei processi amministrativi attraverso la informatizzazione	92
13.1 Digitalizzazione delle procedure di gara.....	93
13.2 Digitalizzazione/informatizzazione del ciclo passivo	94
13.3 Informatizzazione della gestione delle risorse umane.....	96
13.4 Sviluppo Sistemi di misurazione.....	98
13.5 Data analysis e costruzione di indicatori di rischio corruzione dei contratti pubblici	99
PARTE II	105
LA TRASPARENZA	105
14. La misura della trasparenza.....	105
15. Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili....	107
16. Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".....	108
17. Qualità dei dati pubblicati	109
18. Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	111
19. Monitoraggio.....	112
20. Pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo e dei titolari di incarichi dirigenziali (ex art.14, comma 1-bis, lett.f) del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).....	112
21. Le "Giornate della trasparenza"	116

Allegati al PTPC:

Allegato n.1 – Registro degli "processi-eventi rischiosi"

Allegato n. 1.1- Patto d'integrità

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

1. Premessa

Il Piano Triennale di Prevenzione per la Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", per il triennio 2022/2024, si pone in una situazione di sostanziale continuità con l'analoga pianificazione riferita al triennio 2021/2023 (adottata con determina del Direttore Generale n.165 del 30 marzo 2021) e di progressivo allineamento agli indirizzi dell'ANAC contenuti nel PNA 2019, agli "Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione Trasparenza 2022" (documento approvato dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022) nonché alle diverse indicazioni presenti negli atti della stessa Autorità pubblicati nel corso degli anni e relativi alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza, alla valutazione delle performance nonché ai contratti pubblici; con ciò rappresentando quindi momento di ulteriore e più approfondita valutazione degli elementi strutturali del Piano stesso.

Preliminarmente si evidenzia che l'Azienda ospedaliera rientra tra i soggetti tenuti all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ai sensi dell'art.6 del Decreto Legge n. 80/2021. Nelle more della compiuta definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa, l'Azienda ha ritenuto opportuno addivenire all'aggiornamento del PTPCT per il suddetto triennio - in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti - in quanto documento strategico fondamentale per la prevenzione del rischio di corruzione e per la trasparenza in ambito aziendale; e ciò nelle more delle disposizioni normative e/o di attuazione che interverranno in materia, a seguito delle quali si provvederà ai necessari adeguamenti della suddetta pianificazione.

In tale contesto, appare opportuno richiamare il Comunicato di ANAC del 12 gennaio 2022 che stabilisce il differimento del termine ordinario del 31 gennaio previsto *ex lege* per l'adozione dell'aggiornamento annuale della pianificazione in materia di prevenzione e corruzione al 30 aprile 2022 onde garantire una sostanziale coerenza con il nuovo sistema previsto dal Legislatore, tenuto conto altresì del perdurare dell'emergenza sanitaria.

Invero, il presente 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; lo stesso, al contempo, insiste in una fase di sviluppo correlato al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che si fonda sulla sfida per il rilancio del nostro Paese nei prossimi anni, cercando di trasformare un momento di crisi profonda in un'opportunità di crescita e di sviluppo sia economico che sociale del Paese.

L'Azienda, al pari di tutte le amministrazioni pubbliche e specificatamente di quelle operanti nell'ambito del Servizio Sanitario, è stata chiamata a conformare la propria attività e le regole organizzative ai processi di semplificazione, attraverso la digitalizzazione delle procedure di gara per gli affidamenti dei contratti pubblici, riducendo gli oneri amministrativi a carico di stazioni appaltanti e operatori economici in modo da consentire a tutti i soggetti interessati di interagire con la pubblica amministrazione e di operare sul mercato in maniera efficiente ed efficace.

In linea con la raccomandazione espressa nell'ambito del programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia dell'8 giugno 2020 (8431/20), l'Azienda ritiene che la trasparenza nel settore pubblico e il rafforzamento dei controlli per contrastare la corruzione possano garantire appalti pubblici efficienti, assicurando un equilibrio tra la necessità di un monitoraggio scrupoloso e la necessità di essere tempestivi.

Il Piano si sviluppa nelle sezioni fondamentali dell'analisi del contesto Esterno ed Interno – con inevitabili collegamenti all'emergenza COVID 19 e al PNRR - mediante descrizione dei nuovi assetti organizzativi correlati alla situazione emergenziale, dell'analisi e valutazione del rischio dei processi aziendali catalogati nell'anno 2020, in termini di possibile esposizione a fenomeni corruttivi. L'ultima sezione del presente Piano è dedicata interamente agli Obblighi di Pubblicazione dei dati previsti 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'

2. 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 e riconfermati nel Vademecum *"Sull'onda della semplificazione della Trasparenza - Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza anno 2000"*, approvato dall'ANAC il 2 febbraio 2022; quest'ultimo con la finalità di semplificare ed uniformare il più possibile le amministrazioni nel recepimento di un quadro normativo ancora oggi dinamico.

Infatti, con il Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80 è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, strumento che prevede la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza quale parte integrante dello stesso, insieme agli strumenti di pianificazione, garantendo carattere di unitarietà alla programmazione annuale che l'Azienda è chiamato ad adottare.

L'iter per l'approvazione del decreto ministeriale volto a fornire specifiche indicazioni per la redazione del PIAO, nonché il DPR finalizzato a riorganizzare l'assetto normativo in una logica di coerenza con la nuova disciplina di introduzione del PIAO, non è ancora concluso e quindi, ad oggi, tali atti non sono vigenti.

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 inervare 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.

2.1 Il processo di approvazione del PTPC 2022

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".

Come richiamato in Premessa, con Comunicato del Presidente dell'Autorità in data 12 gennaio 2022, la stessa Autorità - ha ritenuto opportuno differire, al 30 aprile 2022, il termine ultimo per la predisposizione e approvazione de PTPCT 2022-2024.

Ai fini dell'aggiornamento del PTPC per il triennio 2022-2024, 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, attraverso audit organizzati per monitorare il grado di 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.

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.

Al riguardo si sottolinea che tali obiettivi saranno richiamati nel PIAO nell'apposita sezione delle performance 2022-2024 onde realizzare la necessaria integrazione con tale strumento di programmazione ed assicurare quindi un reale coordinamento a livello di contenuti tra le suddette pianificazioni.

Peraltro, si rappresenta che in data 20 dicembre 2021 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 PTPCT relativo al triennio 2022-2024, a partire dal 20 dicembre 2021 e sino al 17 gennaio 2022, 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 il 30 aprile sul Sito Web aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

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 sarà bene rappresentato nel PIAO 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 2022 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, 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, comm1 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.

Così come raccomandato dai richiamati Orientamenti ANAC del 2 febbraio 2022, a fronte di una temporanea e improvvisa assenza del RPCT l'Azienda ha nominato quale sostituto la Dott.ssa Silvia Generali, Direttore UO Controllo di Gestione.

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.mmi.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.601 del 17 novembre 2021.

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 2022 - 2024 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", sottosezione 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.

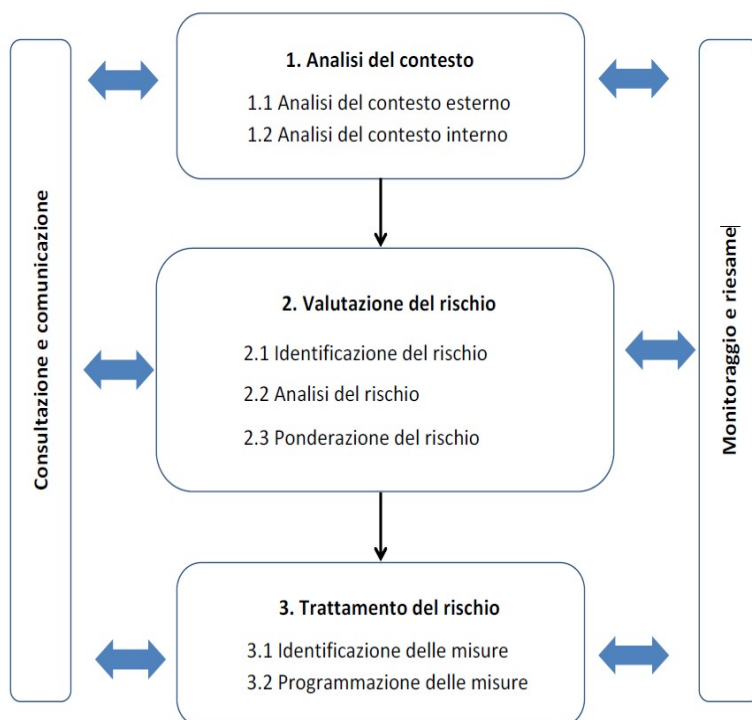
Pertanto, si procederà nel corso dell'anno 2021 nei termini suindicati, utilizzando il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), in modo graduale.

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. l-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:¹

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

5.1 Analisi del contesto esterno

Nell'analisi del contesto esterno si ritiene opportuno, che debba contenere l'individuazione e la descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio della Regione Marche.

5.1.1 La situazione socio economica

Nelle Marche risiedono 1.525.271 residenti al 1° gennaio 2019 (2,5 per cento del totale della popolazione residente in Italia) con una popolazione in fascia di età 75-84 anni rappresentante il 13,4% dell'intera popolazione (Italia 11,7%) LA provincia di Pesaro conta circa 359.000 ab; la percentuale dei residenti nella Provincia di Pesaro Urbino per fascia di età 75-84 anni, rispetto alle altre province regionali, è pari all'8,6% contro una media regionale dell'8% mentre per la fascia di età 85+ è pari all'4,1% (media regionale 4,4%)

Famiglie

1

La popolazione marchigiana si suddivide in 647.834 famiglie: esse costituiscono il 2,5% del totale nazionale, e presentano una dimensione media di 2,3 componenti, omogenea sul territorio regionale ed in linea con la dimensione media nazionale. Le famiglie monocomponente di ultrasessantenni sono il 17,5% del totale, dato questo sostanzialmente in linea con quello nazionale.

Nelle Marche (anno 2018) gli indicatori di povertà relativa* assumono valori lievemente più bassi rispetto a quelli nazionali: l'incidenza della povertà relativa familiare nella regione è del 10,7 per cento contro l'11,8 per cento nazionale. Pensioni e trasferimenti pubblici rappresentano il 41,3% della fonte principale di reddito, il 44,1% è rappresentato dal lavoro pubblico.

Imprese

Nelle Marche nel 2017 hanno sede 126.023 imprese, pari al 2,9% del totale nazionale; l'insieme di queste imprese occupa 436.963 addetti, pari al 2,6 per cento del totale del Paese. Le Marche rappresentano il 2,5 per cento della popolazione italiana, ma, con riferimento al numero di imprese, si configura come un territorio a forte propensione imprenditoriale. Il settore manifatturiero ricopre un ruolo rilevante: con le sue 15.731 imprese, rappresenta il 12,5 per cento del totale delle imprese marchigiane, contro un dato nazionale dell'8,7%; nel settore è occupato un addetto su tre, a fronte di un dato medio italiano pari a uno su cinque.

Sanità

Nel 2018 il finanziamento effettivo della spesa sanitaria della regione Marche ha raggiunto la cifra di 2.863 milioni di euro, pari al 2,5 per cento del totale dei trasferimenti nazionali spettanti alle Regioni, uguale alla percentuale della popolazione italiana residente nella regione. L'andamento dei livelli di spesa sanitaria nel triennio 2016-2018 risente degli effetti delle misure di contenimento del debito delle Regioni attuate a livello centrale. Nelle Marche si osserva una diminuzione della spesa dello 0,3 per cento nel periodo 2016-2018, diminuzione interamente concentrata tra il 2017 ed il 2018. Il finanziamento pro capite nella regione è tuttavia in crescita nel triennio osservato, attestandosi nel 2018 a 1.873 euro ma risulta inferiore di 40 euro rispetto a quello medio nazionale, a fronte di un valore pro capite regionale nel 2016 in linea con il dato italiano. Nel 2018 i posti letto ordinari in strutture pubbliche o private accreditate complessivamente per le specialità Malattie infettive e tropicali, Pneumologia e Terapia intensiva nelle Marche sono 297, pari al 2,5 per cento dei posti letto disponibili in Italia con le stesse caratteristiche. In linea con le politiche di contenimento della spesa sanitaria, orientate al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza organizzativa territoriale attraverso l'aumento dell'appropriatezza dell'assistenza, il numero dei posti letto complessivi delle tre tipologie considerate si è ridotto rispetto al 2010 di 41 unità, ovvero del 12,1 per cento. Di rilievo i dati dell'incidenza percentuale dei posti letto regionali sul totale nazionale: 3,3 per Pneumologia, 2,1 per malattie infettive e 2,2 per terapia intensiva. Considerando l'insieme delle tre specialità, il 40,1 per cento dei posti letto (119 unità) è dedicato a Pneumologia, il 38,7 per cento a Terapia intensiva (115 unità), ed il 21,2 per cento a Malattie infettive e tropicali (63 unità). Rispetto alla distribuzione percentuale dei posti letto tra le tre specialità osservata a livello nazionale, emerge un'eccedenza di 10 punti percentuali nella disponibilità di posti letto in Pneumologia, mentre si riscontra una minore disponibilità di posti letto dedicati a Malattie infettive (- 4,1 punti percentuali) e a Terapia intensiva (-5,9 punti percentuali). L'andamento in serie storica 2010-2018 evidenzia una dinamica decrescente dei posti letto ordinari per tutte le specialità sia a livello italiano che a livello regionale. L'unica eccezione è presente nel 2016, anno nel quale è presente un lieve segnale di rinforzo dell'offerta regionale. L'attuale assetto delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è in parte condizionato dall'applicazione delle recenti politiche che hanno portato ad un blocco del turn over nelle

Regioni sotto piano di rientro dal disavanzo economico e finanziario⁴ cui si sono aggiunte politiche di contenimento delle assunzioni. Le Marche appartengono all'insieme di regioni che non sono state interessate da un piano di rientro. Nel 2017 il personale dipendente del SSN nelle Marche è di 18.127 unità, di cui il 43,4 per cento (7.863) è rappresentato da personale infermieristico, ed il 15,7 per cento (2.841) da personale medico. Nel suo insieme, esso rappresenta il 3,0% del totale nazionale, con un'incidenza del personale infermieristico che raggiunge quota 3,1% sul totale italiano. Rispetto alla popolazione residente nella regione, la dotazione di personale dipendente del SSN è di 118,1 unità ogni 10 mila residenti, valore superiore di 18,4 unità al dato medio nazionale. Per quanto concerne la dotazione di personale medico addetto alle cure primarie nel 2018 le Marche dispongono di 7,2 medici di Medicina Generale (MMG) e 3,1 Medici di continuità assistenziale ogni 10 mila residenti; a questi si aggiungono 9 Pediatri di libera scelta (PLS) ogni 10 mila abitanti con meno di 15 anni, un assetto sostanzialmente analogo a quello medio nazionale. Nelle Marche i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi nel 2016 sono 390, pari al 3,1% del dato nazionale; l'offerta regionale misurata rispetto alla popolazione residente è di poco superiore a quella nazionale, con 2,5 presidi ogni 10 mila abitanti. È nettamente superiore, invece, la disponibilità di posti letto, pari a 90,3 per 10 mila residenti, contro i 68,2 in media italiana. La regione offre in totale quasi 14 mila posti letto, che rappresentano il 3,4 per cento di quelli disponibili in Italia. All'interno di questo aggregato, una quota rilevante, oltre l'80 per cento, è destinata alle persone con 65 anni e più: 300,4 per 10 mila residenti della stessa fascia d'età, un valore superiore al dato nazionale di circa 78 posti letto.

Settori No profit

Il settore del non profit tradizionalmente offre un importante contributo al funzionamento e all'ampliamento dell'offerta di servizi nel settore Sanità e Assistenza sociale, affiancando quella garantita dal settore pubblico e da quello profit. Questo dato è confermato anche nelle Marche che, nel 2017, conta 379 istituzioni non profit con 2.866 dipendenti operanti nella Sanità e 1.025 istituzioni non profit con 9.688 dipendenti operanti nell'Assistenza sociale e protezione civile

*La stima dell'incidenza della povertà relativa (percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è posta pari alla spesa media mensile per persona nel Paese, questa è risultata nel 2015 pari a 1.050,95 euro. Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza maggiore il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

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

Transparency International, la più importante organizzazione anticorruzione a livello globale, ha pubblicato l'indice di Percezione della Corruzione 2021 (CPI): come di consueto ha misurato la percezione della corruzione nel settore pubblico in 180 Paesi del mondo attraverso 13 strumenti di analisi e basandosi sull'opinione di esperti, assegnando una valutazione che va da 0 per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100 per quelli considerati "puliti". Nel complesso la rilevazione generale ha confermato una stagnazione della

corruzione in tutto il mondo, con più di due terzi degli Stati (il 68%) fermi ad un punteggio inferiore a 50 (con una media globale di 43): in sintesi 131 Paesi non hanno registrato progressi significativi nel corso dell'ultimo decennio e 27 di questi hanno conseguito nel 2021 i punteggi più bassi di sempre.

43/100
PUNTEGGIO MEDIO GLOBALE

50/100
**2/3 DEI PAESI REGISTRA
UN PUNTEGGIO AL DI SOTTO
DI QUESTA SOGLIA**

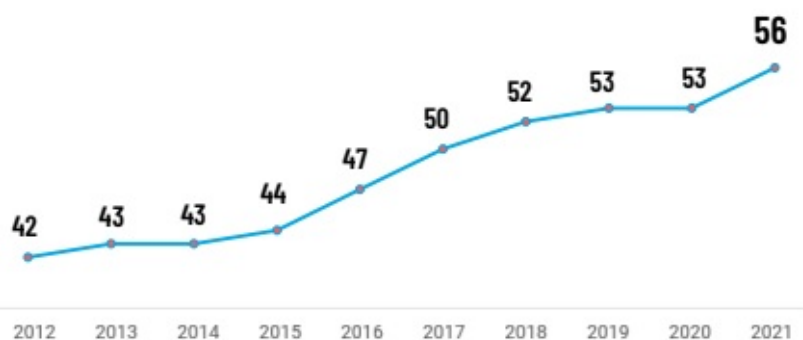
Il quadro generale e lo slancio italiano

Secondo l'indagine 2021, si confermano in vetta alla classifica Danimarca, Finlandia e Nuova Zelanda, ciascuno con un punteggio di 88, seguiti da Norvegia, Singapore, Svezia, Svizzera, Paesi Bassi, Lussemburgo e Germania. Fanalini di coda soprattutto i paesi segnati da conflitti armati o guidati da forme di governo autoritarie: in fondo alla classifica restano Sudan, Siria e Somalia, seguiti da Venezuela, Yemen, Corea del Nord, Afghanistan, Libia, Guinea e Turkmenistan.

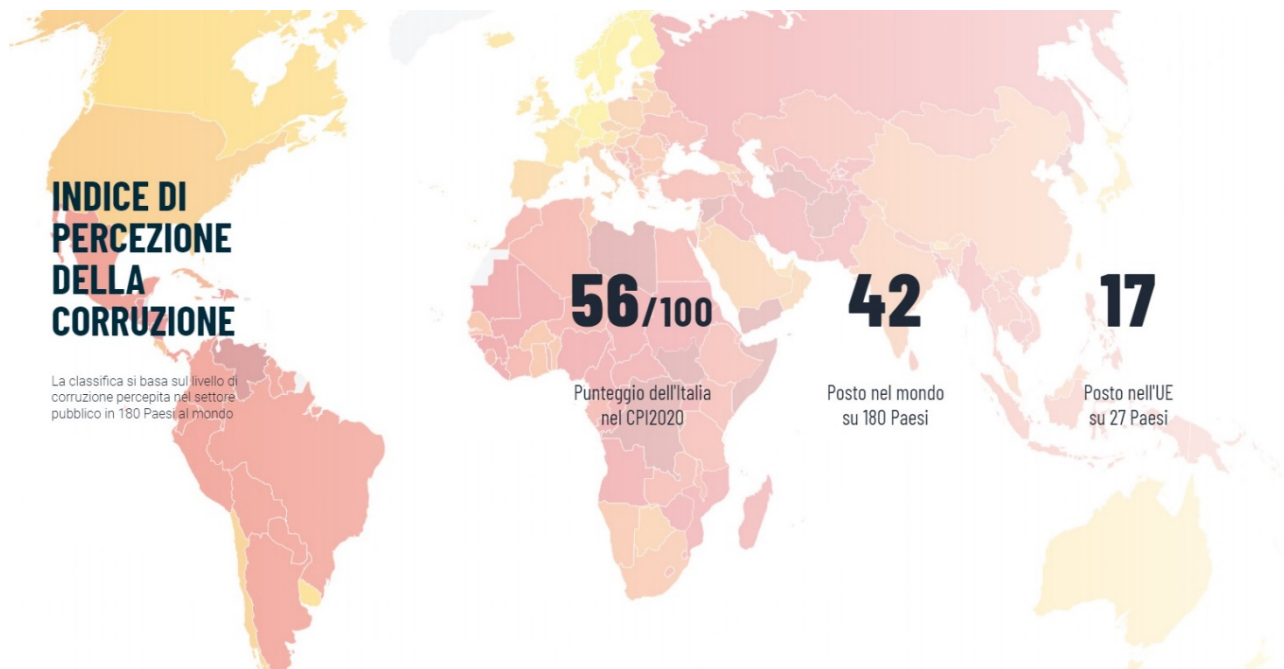
Nonostante un quadro generale allarmante, sono 25 i paesi che hanno notevolmente migliorato la loro posizione ed attuato politiche attive di lotta alla corruzione. Un particolare balzo in avanti lo ha fatto proprio l'Italia che solo rispetto all'anno precedente ha guadagnato 3 punti (dai 53 del 2020 ai 56 del 2021), scalando la classifica generale di 10 posizioni (dal 52esimo al 42esimo posto su 180 paesi) e migliorando soprattutto l'assetto in unione europea, dal 20esimo al 17esimo posto. Uno sviluppo in linea con il trend positivo registrato dal 2012, con una frenata solo nel 2020, che dimostra l'attenzione riservata alla prevenzione dei rischi di corruzione soprattutto in vista dei progetti legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Continua il trend positivo dal
2012 ad oggi:

+ 14 PUNTI



In meno di un decennio l'Italia ha compiuto, quindi, significativi progressi dovuti all'introduzione del diritto di accesso generalizzato agli atti della pubblica amministrazione, all'approvazione della disciplina a tutela dei whistleblower, ad una maggiore trasparenza sui finanziamenti e alla legge anticorruzione del 2019.



Nonostante lo slancio dell'ultimo anno, riconducibile soprattutto alla credibilità riconosciuta al Paese, Transparency International Italia evidenzia alcune tematiche ancora in sospeso: il recepimento della Direttiva europea 2019/1937 in materia di whistleblowing che consentirebbe di integrare la disciplina contenuta nella legge 179/2017; la pubblicazione del registro dei titolari effettivi - introdotto con il recepimento della V Direttiva europea antiriciclaggio - che non ha ancora visto la luce in assenza dei decreti attuativi necessari; l'emanazione della disciplina sul lobbying il cui testo è stato di recente approvato, in prima seduta, dalla Camera dei Deputati e che ora attende il vaglio del Senato della Repubblica; infine lo sviluppo di nuove piattaforme informative.

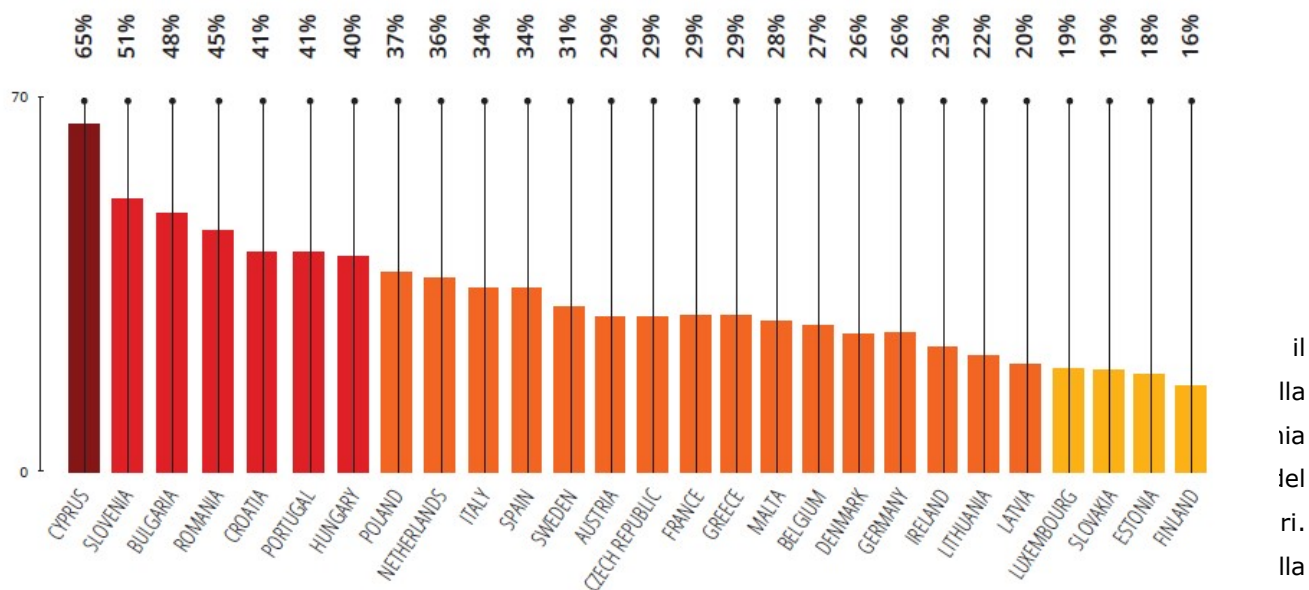
Percezione della corruzione: la svolta dal 2020 al 2021

A confermare il cambio di rotta registrato nel 2021, almeno per quanto riguarda la percezione della corruzione da parte dei cittadini, l'esito di un'altra indagine effettuata da Transparency International ma svolta tra il mese di ottobre e dicembre del 2020. Si tratta del barometro globale della corruzione (GCB) che fornisce uno sguardo approfondito sulle opinioni dei cittadini europei in merito alla corruzione, nonché testimonianze sull'incidenza nella loro vita quotidiana. Si tratta di uno dei sondaggi più imponenti e dettagliati che ha coinvolto circa 40mila persone residenti nei 27 paesi dell'UE durante la seconda ondata pandemica. I risultati mostrano come un terzo degli intervistati percepisse la corruzione come fenomeno endemico e in peggioramento, e quasi la metà ritenesse i governi di appartenenza incapaci di reagire. Nel GCB tre persone su 10 hanno testimoniato di aver incontrato fenomeni di corruzione nella vita quotidiana

con il pagamento di tangenti o, più comunemente, utilizzando relazioni personali per accedere a servizi essenziali come l'assistenza sanitaria o l'istruzione. Si è registrata anche una preoccupazione diffusa sul rapporto tra affari e politica, con oltre la metà delle persone convinte dell'influenza incalzante di interessi privati su scelte impattanti sull'intera collettività.

Se i paesi europei sono sempre stati considerati ricchi, stabili e democratici, il *Global Corruption Barometer* (GCB), seppur rilevato durante un periodo particolarmente stressante per la comunità, fotografa la scarsa fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni pubbliche a favore della percezione di una crescente disparità socio-economica e dell'aumento dei fenomeni corruttivi.

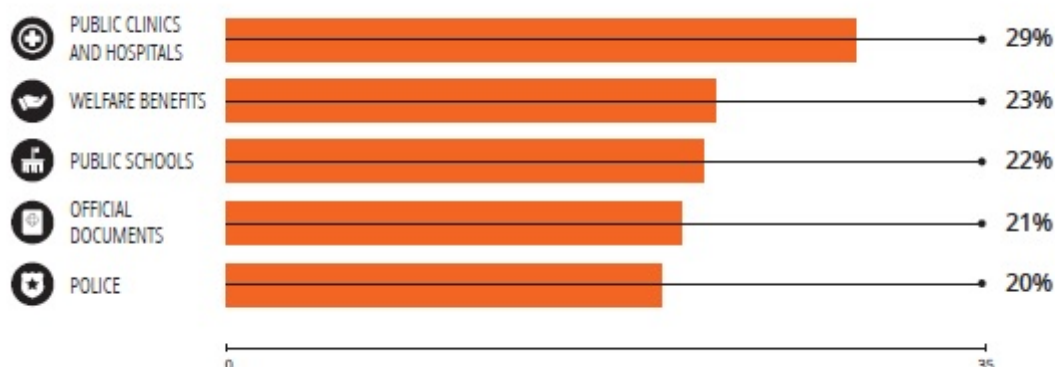
Sull'indagine, che come detto si è svolta durante la seconda ondata pandemica, pesa un anno di sofferenza, restrizioni e di declino economico e sociale: interpellati sullo stato della corruzione nel loro paese negli ultimi 12 mesi (quindi nell'arco del 2020), il 44% dei cittadini europei l'ha considerata una piaga endemica, il 32% un fenomeno in aumento, mentre solo il 16% l'ha ritenuta in diminuzione.



la maggior parte dei paesi dell'UE ce la polizia, vista come il settore meno corrotto, con episodi limitati e circoscritti a pochi ufficiali.

Estremamente interessante – seppur circoscritto ad un particolare periodo di sofferenza - il risultato emerso dal sondaggio su esperienze di pagamento di tangenti o uso di rapporti personali per l'accesso a servizi essenziali. Mentre emerge che la corruzione intesa come scambio di denaro, regali o favori, in base all'esperienza di vita degli intervistati, è comune solo in pochi paesi dell'UE, resta diffuso il ricorso a rapporti personali, tra le forme di corruzione maggiormente sperimentate dai cittadini: regole, norme e pratiche quotidiane possono essere aggirate chiedendo ad un amico o ad un familiare distorcendo una equa distribuzione dei servizi, prevalentemente pubblici, a favore di gruppi di individui meglio inseriti nel tessuto sociale. Al centro del sondaggio sei settori in particolare: scuole, sanità pubblica, servizi

demografici, prestazioni assistenziali, forze dell'ordine e tribunali. Di coloro che hanno avuto contatti con almeno uno di questi sei servizi, il 33 per cento ha riferito di aver fatto ricorso a conoscenze personali per ottenere ciò di cui aveva bisogno.



Percentuale di utenti del servizio pubblico che hanno utilizzato conoscenze personali per ottenere un servizio nei 12 mesi precedenti

Come mostra il grafico, la percezione della presenza del fenomeno corruttivo ha raggiunto l'apice quando ha riguardato cliniche o ospedali pubblici, servizi mai stati così importanti. In media, il 6 per cento delle persone ha pagato una tangente per ottenere o accedere ai servizi sanitari e il 29% ha fatto ricorso a rapporti personali. La corruzione, in tutte le sue forme, minaccia proprio queste attività.

Gli appalti pubblici nell'ambito del PNRR

L'emergenza sanitaria ha determinato conseguenze significative nel settore dei contratti pubblici con un enorme aumento della domanda, in ambito sanitario, di apparecchi medici e dispositivi di protezione personale, a cui è stato necessario rispondere in tempi rapidissimi. Le soluzioni adottate hanno necessariamente modificato l'assetto con l'introduzione di misure derogatorie delle generali forme di pubblicità e trasparenza capaci di contrarre i tempi e accelerare le procedure, ma con l'evidente pericolo di aumentare il rischio corruttivo. Come riporta la relazione Anac presentata nel giugno del 2021 *"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, in parte hanno natura procedurale finalizzati a perseguire esigenze di snellimento e di accelerazione con strumenti più idonei a fronteggiare l'emergenza in atto rispetto alle tempistiche imposte dal ricorso alle procedure ordinarie"*.

Sempre come riportato nella relazione, nel 2020 sono state 12mila le procedure aggiudicate per far fronte all'emergenza Covid 19 - per un valore di circa 20miliardi di euro - adottate con misure emergenziali semplificate: il 60% dei contratti risulta affidato mediante "procedure senza previa pubblicazione del

bando” e il 26% con “affidamenti diretti”. Tale metodologia è una delle cause che ha generato una variabilità dei prezzi, la carenza di requisiti generali, tecnici e di solidità economica e finanziaria, i ritardi nelle consegne e la violazione delle condizioni contrattuali come difformità qualitative o quantitative. Un elenco di anomalie dalla quale emerge la fragilità della pubblica amministrazione quando deroga alle regole ordinarie dei contratti pubblici, privilegiando la semplificazione e la rapidità all’acquisto efficiente di beni e servizi.

Visto che gli appalti pubblici rappresenteranno, a breve, una fondamentale leva per la ripresa economica, le scelte future, in previsione degli investimenti legati al Piano nazionale di ripresa e resilienza, dovranno privilegiare lo sviluppo della digitalizzazione della pubblica Amministrazione. L’Anac ha formulato alcune proposte legate proprio al PNRR *“nell’ottica di semplificare, attraverso la digitalizzazione, le procedure di gara per gli affidamenti dei contratti pubblici, riducendo gli oneri amministrativi a carico di stazioni appaltanti e operatori economici, in modo da consentire a tutti i soggetti interessati di interagire con la pubblica amministrazione e di operare sul mercato di competenza in maniera efficiente ed efficace, veloce e intuitiva. La completa digitalizzazione delle gare e della gestione dei contratti pubblici porterebbe benefici tangibili non solo in termini di efficienza e di semplificazione, ma anche come misura di prevenzione della corruzione”*.

Un monito importante, soprattutto con l’imminente erogazione della seconda rata del Pnrr in scadenza il 30 giugno 2022, e che presuppone il conseguimento di 45 progetti per un contributo finanziario e di prestiti pari a 24,1 miliardi di euro, progetti che avranno molto a che fare con gli appalti affidati alle amministrazioni. L’obiettivo è trasformare un evento tragico come la pandemia in una opportunità di crescita e di sviluppo, sia economico che sociale per il Paese, creando un modello virtuoso di gestione delle risorse pubbliche fornendo - nel contempo - risorse umane formate e consapevoli. In questo scenario si inserisce anche il Patto di Integrità, una procedura - nata in realtà agli inizi degli anni ‘90 - promossa proprio da [Transparency International](#) e applicata in circa 15 Paesi su 300 progetti diversi. Agli inizi del 2015, la Commissione Europea ha abbracciato l’iniziativa e lanciato il progetto sperimentale *Integrity Pacts: Civil Control Mechanisms for safeguarding EU funds* con lo scopo di testare i Patti d’Integrità nelle procedure di gare d’appalto per le opere finanziate con fondi strutturali e di investimento europei. Ad oggi sono 17 i progetti pilota in corso in [11 nazioni dell’Unione Europea](#), che riguardano 9 settori per un valore complessivo di oltre 920milioni di euro (fonte monitorappalti.it)



Ma cosa è un Patto di Integrità? Rispetto alla versione canonica del “patto” già presente con la [Legge 190/2012, Art.1, comma 17](#), il patto di integrità è un documento siglato dalla stazione appaltante, dai partecipanti alla gara e da un Ente Indipendente di Monitoraggio, vera novità rispetto alla legislazione italiana. Non solo: l’ente di monitoraggio, oltre a monitorare la correttezza di tutte le fasi delle procedure finanziate e sottoposte al Patto di Integrità, si occupa di informare i cittadini e promuovere la loro partecipazione, rendendoli attori protagonisti nel processo di prevenzione della corruzione attraverso il coinvolgimento nelle attività di verifica delle procedure e di segnalazione di irregolarità. Proprio il ruolo dell’ente di monitoraggio fornisce un nuovo strumento di trasparenza e integrità nella procedura di appalto che proprio in Italia, nell’ambito del progetto [Integrity Pacts: Civil Control Mechanisms for safeguarding EU funds](#) promosso dalla Commissione Europea, ha già coinvolto tre organizzazioni della società civile italiana (Transparency International Italia, Amapola e ActionAid Italia) su 4 realtà locali.



5.1.3 Gli indicatori investigativi, giurisdizionali e di controllo

Nella Relazione del Procuratore regionale della Corte dei Conti (inaugurazione dell'anno giudiziario 2022) va segnalato il passaggio conclusivo ove viene messo in evidenza che la Regione è caratterizzata da "una amministrazione e un tessuto economico sostanzialmente sani ma non privi di criticità che derivano più da comportamenti individuali che da fenomeni criminali organizzati. Nonostante ciò, anche in considerazione delle ingenti risorse messe a disposizione dal PNRR, si rende necessario mantenere alta l'attenzione nei confronti di potenziali infiltrazioni criminali, orientate sempre di più ad avvantaggiarsi dei finanziamenti pubblici tramite l'aggiudicazione illecita di appalti e subappalti a discapito di operatori economici "sani", per poi reimmettere tali risorse in altri canali dell'economia legale, ovvero a rilevare imprese decotte, anche approfittando delle difficoltà economiche conseguenti alla crisi pandemica, per poi trarne profitto. Il tessuto economico locale, pur esposto a tale rischio, non sembra ancora presentare patologie sistemiche e pertanto si rende necessaria una costante vigilanza, sui beneficiari e sull'utilizzo di rilevanti flussi di denaro, sulle nuove modalità di commissione di illeciti sempre più orientate a sfruttare le lacune nelle previsioni normative o a insinuarsi nei margini di discrezionalità della pubblica amministrazione; in tal senso non va sottovalutata l'evidenza, già registrata, di nuovi fenomeni corruttivi nei quali risulta smaterializzata la dazione di denaro quale prezzo del reato, in favore di diverse altre utilità come il conferimento di incarichi, l'assegnazione di un posto di lavoro, la prestazione di lavori e servizi di varia natura a beneficio del corrotto o dei soggetti al medesimo legati o riconducibili".

Tali elementi sono rinvenibili anche dalla Relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento – DIA – 1° semestre 2021.5.2 Contesto interno

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 ovverosia 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.

Ragion per cui si provvederà conseguentemente ad una analitica revisione 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.

L'Azienda è composta dai seguenti 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, QUALITÀ 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

5.2.2 Politiche di qualità e politiche formative

Nel mese di febbraio 2022, dopo un lungo percorso di preparazione, la nostra Azienda, a seguito di una verifica ispettiva esterna da parte di un Ente terzo, ha ottenuto la certificazione ISO 9011:2015 per 31 strutture, corrispondenti a circa il 50% delle totali presenti in AORMN.

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.

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 2021 e Bilancio pluriennale 2022-2023 e relativi allegati, approvato con determina del Direttore Generale n.675 del 20 dicembre 2021 (pubblicato nella sottosezione "Bilanci") approvato dalla regione Marche con DGRM 97/2022;
- il Programma triennale delle opere pubbliche 2021-2023 approvato con Determina D.G. n. 584 del 12 novembre 2021 (pubblicato nella sottosezione "Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture");
- il Programma biennale di forniture e servizi 2022 -2023 approvato con Determina D.G. n. 227 del 15 aprile 2022 (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. 71/2022, 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 542/2021 aggiornata con la DGRM 1670/2021, al netto della parte di costo del personale, gravante sull'esercizio 2022 2023, impiegato per l'acquisizione del personale finalizzato al contenimento della pandemia COVID-19_Panflu La Regione Marche con DGRM 398/2022 ha provveduto all'approvazione parziale limitatamente al Piano del fabbisogno triennale ordinario di personale.

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.

5.2.4 Attività ospedaliera- Emergenza Covid 19

L'attività sanitaria ospedaliera relativa all'emergenza covid anno 2021 è stata dettagliatamente descritta nella relazione sulla gestione del direttore generale allegato del Bilancio preventivo 2021 e Bilancio pluriennale 2022-2023, approvato con determina del Direttore Generale n.675 del 20 dicembre 2021

5.2.5 PNRR e contratti pubblici

Per quanto concerne l'analisi delle norme dedicate alla disciplina dei contratti pubblici funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) si rinvia al decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, così come coordinato con legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108.

Il decreto contiene molte previsioni per la gestione della fase attuativa del Piano e per la semplificazione delle procedure, nell'ottica di un impiego efficiente e tempestivo dei fondi disponibili. Per tale ragione, diverse previsioni introdotte dal decreto-legge riguardano i contratti pubblici relativi al PNRR e al connesso piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC).

➤ **Pari opportunità per i contratti PNRR**

In questo senso, il d.l. n. 77/2021 introduce diverse misure per le pari opportunità generazionali e di genere: dispone la consegna, nell'ambito delle procedure di affidamento, di rapporti o relazioni sulla situazione del personale per imprese con determinate caratteristiche e dimensioni (da pubblicare sul sito web della stazione appaltante); prevede l'inserimento tra i requisiti necessari per la partecipazione o premiali (per la valutazione dell'offerta) di criteri per la promozione di imprenditoria giovanile e assunzione di giovani e donne, con almeno il 30% delle assunzioni dedicate all'esecuzione del contratto riservate a tali categorie; elenca ulteriori requisiti premiali (quali l'impegno ad assumere giovani e donne oltre la soglia minima del 30%, l'assenza di provvedimenti per comportamenti discriminatori nei confronti dell'impresa partecipante, l'adozione di misure per favorire conciliazione vita-lavoro, il rispetto dei principi sulla parità di genere, la predisposizione di dichiarazioni volontarie di carattere non finanziario a corredo dei bilanci d'esercizio).

Le modalità concrete di attuazione delle nuove previsioni sono state dettagliatamente specificate da linee guida inter-ministeriali adottate il 7 dicembre 2021.

➤ ***Pari Opportunità e documentazione di gara relativa ad acquisti finanziati con il PNRR***

In questa sede si ritiene opportuno approfondire le modalità di realizzazione dell'intervento normativo in materia di pari opportunità nell'ambito delle procedure di gara rientranti nel PNRR effettuate a cura di AORMN.

Trattasi di inserimento nella *lex specialis* di gara di clausole formulate sulla scorta dei contenuti del bando tipo n 1/2021 (approvato da Anac con delibera n. 773 del 24/11/2021) ed in linea con il D.L. n. 77/2021 smi ed il D.P.C.M. 7 dicembre 2021.

A titolo esemplificativo si riportano di seguito le tipologie di clausole di nuova introduzione.

Requisiti necessari richiesti all'atto della presentazione dell'offerta, pena l'esclusione.

a) Obbligo per gli operatori economici, tenuti per legge (imprese con oltre 50 dipendenti), di produrre, in sede di domanda di partecipazione, il rapporto sulla situazione del personale di cui all'art. 46 del d. lgs. n. 198/2006 (c.d. Codice delle pari opportunità come modificato dalla l. n. 162 del 5 novembre 2021);

b) Obbligo per gli operatori economici di assicurare, una quota del 30% delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto all'occupazione giovanile e femminile. Per quanto concerne il presente punto, si evidenzia che nell'ambito della prima procedura di gara avviata da AORMN finanziata con fondi del PNRR, la citata percentuale è stata ridotta in ragione dell'esistenza dei presupposti per l'applicazione della deroga al citato istituto prevista sia dalla DI 77/2021 sia dal DPCM 7/12/2201.

Trattasi invero della possibilità di richiedere agli operatori economici una quota inferiore rispetto al 30% qualora l'oggetto del contratto, la tipologia o la natura del progetto o altri elementi puntualmente indicati rendano l'inserimento della clausola medesima impossibile o contrastante con obiettivi di universalità e socialità, di efficienza, di economicità e di qualità del servizio nonché ottimale impegno delle risorse pubbliche.

c) obbligo per gli operatori economici di aver assolto ai vincoli normativi in materia di lavoro delle persone con disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68.

- ✓ **Inserimento di clausole che prevedono obblighi per l'operatore economico aggiudicatario.**

Motivo di applicazione delle penali	Soggetto cui si applica la penale	Effetti del provvedimento
Inadempimento dell'obbligo di consegnare alla stazione appaltante, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni e in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di	Operatori economici che occupano da 15 a 50 dipendenti	Interdizione automatica dalla partecipazione a procedure di affidamento relative ad interventi finanziati con le risorse del PNRR o del PNC, sia in forma singola che associata, per 12 mesi. Applicazione di penali.

<p>mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta, con attestazione della sua contestuale trasmissione alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità.</p>		
<p>Inadempimento dell'obbligo di consegnare alla stazione appaltante, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, la certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999 n 68</p>	<p>Operatori economici che occupano da 15 a 50 dipendenti</p>	<p>Applicazione di penali.</p>
<p>Inadempimento dell'obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari almeno al 5 per cento (o quota inferiore motivatamente indicata nel bando di gara), delle assunzioni</p>	<p>Tutti gli operatori economici</p>	<p>Applicazione di penali</p>

necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, sia all'occupazione giovanile sia all'occupazione femminile		
--	--	--

Riguardo le misure sopra descritte si evidenzia che l'Azienda fornirà dati ed informazioni, secondo i termini e modalità di comunicazione standardizzate, alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici onde consentire ad ANAC di monitorare l'adozione dei requisiti e dei criteri premiali per le pari opportunità generazionali e di genere, nonché per l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, di cui all'articolo 47, del decreto-legge 31 maggio 2021, n.77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n.108.

Così come peraltro specificato nella delibera ANAC n.122 del 16 marzo 2022 le deroghe previste dalla normativa di riferimento possono essere riepilogate nelle seguenti:

- Importo ridotto del contratto
- Mercato di riferimento
- Affidamento in somma urgenza o per esigenze di protezione civile
- Adempimento clausola sociale di riassorbimento occupazionale;
- Scarsa occupazione femminile nel settore
- Necessità di esperienza o particolari abilitazioni professionali
- Assunzione di un numero di lavoratori inferiore a tre

Ulteriori misure del PNRR inerenti i contratti pubblici.

Nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti connessi al PNRR e al PNC sono state previste semplificazioni, tutte volte alla riduzione dei tempi di individuazione del contraente.

A titolo esclusivamente semplificativo si riportano di seguito solo alcune delle misure previste dal DL. n. 77/2021 al riguardo.

Viene affermata la possibilità generalizzata di ricorrere alla procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, anche se comunque in presenza di circostanze imprevedibili e indipendenti dalla responsabilità della stazione appaltante che rischiano di impedire l'osservanza dei termini dei piani di finanziamento.

E' stata disposta l'applicazione alle procedure in questione dell'articolo 125 del codice del processo amministrativo, ossia del rimedio del risarcimento del danno in luogo del subentro nel contratto in caso di ricorso vittorioso contro l'aggiudicazione, salvo casi particolari, e una particolare considerazione dell'interesse all'esecuzione del contratto per la decisione sulle istanze cautelari legate alla procedura.

Per la fase di esecuzione del contratto, è stato introdotto l'esercizio del potere sostitutivo da parte del responsabile o dell'unità organizzativa in caso di mancato rispetto dei termini procedurali previsti dal codice e dalla normativa speciale, ai sensi dell'art. 2, comma 9-bis, della legge n. 241/1990. Inoltre, l'efficacia del contratto non è sospensivamente condizionata alle verifiche sull'aggiudicazione previste dall'art. 32, comma 12, del codice. Vengono aumentate anche le misure delle penali rispetto a quelle ordinarie (il minimo passa da 0,3 a 0,6 per mille - con massimo 1 per mille invariato - e il massimo complessivo dal 10% al 20% del contratto), mentre al contrario viene previsto un premio in caso di ultimazione dei lavori in anticipo rispetto ai tempi previsti.

6. La "mappatura" dei processi

Come puntualmente segnalato da ANAC nel PNA 2019 (e segnalatamente 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.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura 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 2022 verrà affinata la mappatura preliminare delle attività "sensibili" opportunamente integrate con esempi di possibili reati e comportamenti illeciti.

L'elenco dei processi è stato aggregato per "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi, tenendo conto dei riferimenti metodologici - attualmente vigenti - contenuti nelle diverse versioni del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). I processi censiti con riferimento alle rispettive Aree sono riportati nella tabella sotto riportata.

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)	Processo di Acquisto di Beni tramite procedura aperta ex art 60 del D.lgs n. 50/2016 smi
	Procedura per affidamento fornitura dispositivi medici infungibili ex art 63 del d. lgs 50/2016 smi comma 2, n. 2).
	Affidamento di contratti pubblici di lavori
	Esecuzione 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 2021-2023, la definizione delle aree di rischio sarà completata e integrata nel triennio 2022-2024 sulla base delle indicazioni di cui al PNA 2019 (anche per quanto attiene la loro denominazione).

Nel corso dell'anno 2021 sono stati analizzati e revisionati i processi dei contratti pubblici e delle donazioni e della libera professione le cui modifiche sono state recepite nell'allegato 1

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.

Le tecniche che si intendono utilizzare per l'identificazione dei rischi sono le seguenti:

1. *Surveys*: questionari per sollecitare opinioni
2. *Check lis*: Liste di controllo finalizzate ad individuare gli elementi significativi di un processo/attività per far emergere le condizioni di criticità rispetto alla dimensione del rischio oggetto di analisi. Si elencano i pericoli e i rischi o criticità nei controlli rilevati dall'esperienza.

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 attenzionamento 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*: Tecnica utilizzata per incoraggiare il pensiero immaginativo
- *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 similari;
- 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 giudizio, 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 informatori 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

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

Nel corso dell'anno 2022 viene effettuata la ponderazione dei rischi revisionati dei processi di acquisto e della libera professione con i criteri della tabella sopra definita. In occasione di tale valutazione verranno descritti anche i paramenti per dare il valore 2 e 3.

7.4 Determinazione della classe di rischio

Il rischio connesso ad un determinato fattore abilitante viene calcolato mediante la formula

$$R = P \text{ (Punteggio di probabilità)} \times I \text{ (Impatto potenziale)}$$

Una volta determinati gli indici di rischio di ciascun processo sarà possibile individuarne la significatività e definirne la priorità d'intervento.

In base ai valori attribuiti alle due variabili P ed I, il rischio è numericamente definito con una scala crescente dal valore 1 al valore 16 secondo la matrice riportata nella figura che segue:

Probabilità				
4	4	8	12	16
3	3	6	9	12
2	2	4	6	8
1	1	2	3	4
	1	2	3	4
	impatto			

La scala di priorità degli interventi e riportata nella seguente tabella

Valore	rischio	tipo intervento	definizione d'intervento
R >= 8	critico	Immediato	Azioni correttive da attuare subito
4 <= R <= 8	rilevante	Breve termine	Azioni correttive necessarie da programmare e attuare con urgenza
2 < R < 4	Medio	Medio termine	Azioni correttive e/o migliorative necessarie da programmare e attuare nel medio termine
1 < R <= 2	basso	lungo termine	Azioni correttive e/o migliorative necessarie da programmare e attuare nel lungo termine
R <= 1	Accettabile	rischio specifico non quantificabile (Impossibile definire interventi)	

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 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 2022 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 e non limitandosi a verificare il risultato in base a quanto pianificato ma approfondendo i risultati raggiunti in termini di gravità, sistematicità, ripetitività, e diffusione e analizzando anche quegli eventi che pur non avendo determinato effetti negativi sono potenzialmente in grado di produrre danni.

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).

Con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 l'ANAC, ricordando la stretta connessione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ha aggiornato le precedenti indicazioni, precisando che il Codice di comportamento adottato dalle singole amministrazioni deve integrare e specificare i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta posti dalle disposizioni del DPR n. 63/2013.

Le indicazioni fornite dall'ANAC, pertanto, esortano le amministrazioni a revisionare i propri codici affinché i doveri di comportamento vengano disciplinati alla luce della realtà organizzativa e funzionale della propria amministrazione, riponendo particolare attenzione, tra gli altri aspetti, allo studio ed alla valutazione del conflitto di interessi e della *performance*.

Alla luce delle suddette Linee Guida il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), ha ravvisato la necessità di aggiornare il Codice di Comportamento Aziendale e di

promuoverne la diffusione tra gli operatori dell'Azienda per favorire un comportamento individuale capace di individuare efficacemente i rischi e garantire la trasparenza amministrativa.

A tal fine il RPCT ha avviato un progetto di formazione sul campo, accreditato presso l'ECM Marche, denominato "Codice di Comportamento"; il Gruppo di lavoro, costituito dal RPCT stesso, dall'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD), dall'UOC Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane e dall'UOC Professioni Sanitarie IOTR, si è riunito in n. 5 sedute di 2 ore ciascuno nei mesi di aprile, maggio e giugno 2021.

Nei suddetti incontri il Gruppo si è, dapprima, focalizzato sulla lettura collettiva del Codice di Comportamento aziendale in vigore raccogliendo in tale fase eventuali osservazioni, per poi procedere ad un'analisi comparata del suddetto Codice con le nuove Linee guida ANAC.

Successivamente, i partecipanti del gruppo hanno esposto e condiviso i diversi aspetti ed elementi di integrazione al testo necessari e/o opportuni al relativo aggiornamento, redigendo una proposta strutturata del nuovo Codice di Comportamento.

In particolare la revisione ha approfondito quanto segue:

- **area del conflitto di interessi**, con l'individuazione ed approfondimento delle aree maggiormente rilevanti per lo specifico contesto aziendale ed in relazione alle quali sono stati ampliati (ridefiniti) e/o precisati i corrispondenti obblighi di condotta;
- **area dei valori fondanti, principi e norme di condotta generali**: Integrità, Imparzialità, Trasparenza, riservatezza, Eticità, legalità, e Centralità dell'interesse dell'Azienda, Tutela delle Risorse Umane, Patrimonio Aziendale e protezione della Salute, Orientamento al servizio, Efficienza, Efficacia, Innovazione e Creatività.
- **area della performance** con valorizzazione delle condotte comportamentali che fanno riferimento al dovere di operare in modo da garantire l'efficienza, l'economicità e l'efficacia dell'azione amministrativa (ex art.3, comma 4, DPR 62/2013) e, nel caso dei dirigenti, al dovere di perseguire l'obiettivo assegnato (ex art.13, comma 2).

Si rappresenta inoltre che, in data 13/10/2021, il RPCT ha inviato la nuova proposta del Codice all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), per una valutazione preliminare dell'impatto dei doveri di comportamento sul raggiungimento degli obiettivi e sulla misurazione della performance individuale ed organizzazione e, comunque nonché della coerenza del suddetto aggiornamento con quanto previsto dalle Linee Guida.

Conseguentemente, in data 04/11/2021, il predetto Organismo ha fornito riscontro in merito, formulando talune osservazioni che sono state recepite nel testo (come risulta da verbale agli atti).

Con determina n. 608 del 25 novembre 2021 è stata disposta la pubblicazione della proposta di aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale sul Sito web istituzionale dell'Azienda, Sezione "Amministrazione Trasparente", per consentire la partecipazione aperta a tutti i soggetti interessati, con invito a formulare eventuali considerazioni, proposte di modifiche e/o integrazioni, nel rispetto dell'iter procedurale di formazione del Codice delineato dalle Linee Guida ANAC n. 177/2020.

Con nota ID n. 785463 del 29.11.2021 è stato comunicato agli Organismi Sindacali del Comparto e della Dirigenza, agli Ordini ed ai Collegi di tutte le Professioni presenti nell'ordinamento del Servizio Sanitario

Nazionale, nonché ai componenti RSU, ai componenti del Comitato di partecipazione AORMN ed alle Associazioni impegnate nella tutela del diritto alla salute, l'avvio della fase di consultazione pubblica fino al 30 dicembre 2021, allegando l'apposito modulo per la trasmissione di eventuali osservazioni.

A conclusione della fase di consultazione, non risultano pervenute osservazioni né richieste di modifica

Per ultimo concluso tutto l'iter procedurale previsto, con determina n. 69 del 31/01/2022, è stato adottato l'approvazione del nuovo codice di comportamento dell'Azienda marche Nord.

MONITORAGGIO RISPETTO DEL CODICE DI COMPORAMENTO

Nel mese di dicembre 2021 è stata inviata una check list di monitoraggio del rispetto del codice di comportamento che ciascun Direttore/Responsabile e al fine di rendere più efficace il monitoraggio stesso, è stato elaborato il questionario di autovalutazione, somministrato in forma anonima a ciascuno dipendente sul rispetto dei comportamenti su alcuni ambiti regolamentati nel vecchio codice di comportamento (determina n. 888 del 31/12/2015-) relativamente agli art. 9- Norme di condotta correlate alla non accettazione di regali. Compensi e pubbliche utilità- e all'art 11-Norme di condotta correlate alla partecipazione ed associazioni ed organizzazioni.

In sintesi tutte le strutture dell'Azienda ospedaliera hanno inviato il monitoraggio del rispetto del codice di comportamento producendo la check list di controllo per ogni ambito del codice di comportamento.

Nel corso dell'anno 2021 sono stati attivati 25 i procedimenti disciplinari nei confronti di dipendenti riconducibili a non osservanza delle norme previste dal Codice di comportamento

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
Formazione sul nuovo codice di comportamento	Partecipazione formazione FAD	n.ro di personale partecipante alla formazione fad/totale del personale	Almeno il 90% entro il biennio 2022-2023

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.

Il nuovo codice di comportamento di cui alla determina del DG n. 69/2022 da disposizioni all'art.5 in materia di conflitto di interesse.

Inoltre all'art.8 - norme di condotta correlate ai processi a rischio - vengono analizzate le principali situazioni di conflitto d'interesse potenziale o reale.

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 inconferibilità 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 inconferibilità 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 assumono 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 ricoprono 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 *"darne 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).

Durante il monitoraggio semestrale e annuale, quest'ultimo esercitato su un campione di contratti e di procedimenti di gara da parte dell'RPCT, si è riscontrato il rispetto delle misure sopra elencate per tutti i contratti affidati e campionati.

Si è rilevata la necessità di revisionare il modulo di attestazione di assenza di conflitto d'interesse alla luce delle fattispecie censite nel nuovo codice di comportamento.

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 Sviluppo di una procedura informatizzata di acquisizione delle dichiarazioni di conflitto di interesse	Elaborazione documento	Entro il 31 dicembre 2022	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.

Nell'ambito degli adempimenti previsti nel PTPC 2021-2023, nell'anno 2021 si è proceduto ad effettuare un monitoraggio degli incarichi conferiti al personale dipendente dell'Azienda ospedaliera Marche Nord e registrati sul sito Perla P.A. della Funzione Pubblica. Il monitoraggio è stato effettuato sulla base dei dati al 31/12/2021 relativamente agli incarichi dell'anno 2021.

Totale richieste n. 276

richieste autorizzazioni n. 163

comunicazioni n. 113

totale compensi € 164.907,26.

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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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.

Infine in merito alle cause d'inconferibilità e di incompatibilità il D. Lgs. 39/2013 fa esclusivo riferimento agli incarichi dirigenziali ed agli incarichi di funzione dirigenziale, quindi l'annoverabilità tra questi degli incarichi di posizione organizzativa va valutata caso per caso in ragione delle funzioni effettivamente svolte dalla P.O (così come specificato nella pagina internet FAQ ANAC).

A tal proposito si richiamano 2 delibere ANAC: la n. 159 del 27.02.2019 la quale si esprime ritenendo sussistente una causa d'incompatibilità nei confronti di un dipendente con incarico di PO in un ente locale, conferito ai sensi dell'art. 109 comma 2 del TUEL, ossia incarico qualificabile come incarico di funzioni dirigenziali a personale non dirigenziale.

La seconda pronuncia ANAC è la n. 580 del 28.07.2021 con cui l'autorità ha dichiarato l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità nei confronti di una posizione organizzativa non apicale. Nel caso di specie il quadro fattuale dimostrava che le funzioni concretamente esercitate dalla PO non fossero assimilabili alla categoria degli incarichi dirigenziali così come definiti dall'art. 1 comma 2 del D.Lgs. 39/2013, infatti alla PO era conferito l'incarico di perseguire degli obiettivi assegnati attuando gli indirizzi impartiti dal Dirigente, quindi le funzioni delegate non venivano esercitate in via esclusiva.

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

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
--------	---------------------------------	---------------	-----------------

	ATTUAZIONE		
Acquisizione dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Acquisizione della dichiarazione dal personale dirigenziale interessato e controlli sulla veridicità	Acquisizione al momento di conferimento dell'incarico Controllo annuale	UO Gestione ed amministrazione 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
Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Elaborazione procedura operativa finalizzata a disciplinare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	Entro 31/01/2024	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane e RPCT
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

precostituirsi 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 precostituirsi 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	Adeguamento contratti	Continuo	UO Gestione ed amministrazione Risorse Umane

il divieto di <i>pantouflage</i>			
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 <i>pantouflage</i> 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).

Pertanto, 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.

Pertanto, 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 amministrazioni 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 complementarietà 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 ovvero strumenti	2022-2023	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 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.

Durante il monitoraggio annuale effettuato dall'RPCT sono state fatte delle verifiche a campione sulla composizione delle commissioni sia di concorso che di gara il cui esito conferma l'aderenza ai principi sopraelencati e una rotazione nel rispetto comunque delle competenze.

Si è rilevata la necessità di adottare una misura di regolamentazione nella composizione delle commissioni di concorso del personale a tempo determinato, in quanto il regolamento ad oggi vigente risulta carente di alcune specifiche che esplicitano l'esperienza dei componenti delle commissioni concorso.

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- <i>bis</i> , comma 1, lett.a), b) e c)	Acquisizione d'ufficio dei certificati del casellario giudiziale e dei carichi pendenti o attraverso l'acquisizione delle	Al verificarsi della fattispecie previste dalla normativa	UO Gestione ed Amministrazione Risorse Umane/UO Approvvigionamento di beni, servizi e

	dichiarazioni sostitutive di certificazione		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	trimestrale	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
Revisione Disciplina interna sulla formazione di commissioni di concorso/selezioni a tempo determinato	Proposta di determina del Direttore Generale	Entro 2022	UO Gestione ed 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-corruzione 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**

L'accettazione 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.

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".

Al riguardo si dà evidenza che nell'anno 2021 è stata redatta proposta di aggiornamento del dello schema del "Patto d'Integrità" ad oggi vigente.

Con il presente Piano, pertanto, AORMN approva il citato aggiornamento nella versione allegata (allegato 1.1)

Si precisa che lo schema approvato è da intendersi indicativo nei contenuti (strutturati già per essere alternativi ed eventuali) e vincolante per le finalità che si pone.

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/adequamento 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 con delibera n. 469 del 09 giugno 2021 ha elaborato le *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)*.

Pertanto, entro il 2022 l'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	Entro2022	RPCT RTD RPD e Affari Generali e Istituzionali
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 2022-2024, 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).

Nell'anno 2021 come peraltro previsto nel Piano della Formazione Aziendale, sono state attuate idonee iniziative formative. In materia di prevenzione della corruzione, i referenti delle Unità operative e del Gruppo di supporto all'RPCT hanno partecipato a gruppi di miglioramenti in materia di codice di comportamento, di analisi dei processi e dei relativi rischi.

Inoltre lo stesso RPCT insieme ai componenti del Gruppo di supporto hanno partecipato al ciclo di incontri organizzati dalla stessa Anac.

L'Azienda nel Piano della Formazione anno 2022 adottato con Determina n. 657 del 16 dicembre 2021, Piano della Formazione Aziendale (PAF) anno 2022 è stata pianificata la formazione in materia di Trasparenza ed anticorruzione; Tutela del trattamento dei dati personali e sensibili, specificatamente corsi in presenza in materia di antiriciclaggio, valutazione del rischio e una FAD sul codice di comportamento rivolta a tutto il personale dipendente.

Nello specifico le azioni formative, secondo l'Azienda Marche Nord si ispirano a conformarsi a presupposti concettuali, a principi e a valori etici condivisi, al fine di garantire un'equilibrata formazione nei tre diversi ambiti dell'insegnamento-apprendimento: del saper conoscere, del saper fare e del saper essere.

I processi formativi oltre ad essere considerati come processi di acquisizione, sviluppo di abilità e di competenze professionali, costituiscono anche strumento primario di trasmissione di valori di riferimento e di norme comportamentali che privilegiano la centralità del cittadino-utente, ispirandosi alla trasparenza, imparzialità, equità, logicità, ragionevolezza e correttezza; per tale ragione presuppongono una costante e forte sinergia con le strategie globali aziendali e con le politiche di gestione delle risorse umane.

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 - rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

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 2022 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.

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.

Nell'anno 2021 per favorire l'attività di monitoraggio, il RPCT e il Componente gruppo supporto hanno elaborato delle check list dove sono stati riportati gli elementi previsti del Regolamento aziendale in materia (determina n. 451 del 06.08.2019) per l'accettazione di una donazione di beni mobili /denaro.

Si è provveduto ad effettuare delle verifiche a campione su accettazioni di donazioni effettuate durante l'anno 2021; di seguito vengono sintetizzati gli esiti del monitoraggio:

Tabella 1 Risultanze monitoraggio

Ambito di controllo	evidenze	Specifiche delle evidenze	Azioni correttive
Regolamento aziendale det n. 451/2019 - Attività Processo <i>Accettazione donazioni beni mobili e di denaro</i>	verifica della completezza della proposta di donazione	Da inserire tra le attività che competono alla UOC Bilancio	Integrazione del processo - Revisione della modulistica di proposta donazione
" "	Conflitto di interesse	Verifica della non sussistenza conflitto di interesse	Predisposizione di modulistica ad hoc
" "	Parere tecnico della UOC Ingegneria clinica nel caso di attrezzature sanitarie	Tale parere deve essere acquisito prima che il Direttore della UOC destinataria del bene rilasci il suo	Revisione del Regolamento aziendale e della modulistica

Tabella Monitoraggio - **Comodati d'uso, donazioni, valutazioni "in prova"**

MISURE	FASI/ATTIVITA' /MODALITA' DI ATTUAZIONE	TEMPI/TERMINI	RESPONSABILITA'
Procedura operativa Aziendale di accettazione donazioni, comodati	elaborazione	Entro 2022	RPCT UOC Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti ICT
Modulistica ad hoc relativa al conflitto di interessi	elaborazione	Entro giugno 2022	RPCT UOC Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti ICT

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 2021, 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).

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 della vigenza del presente Piano.

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

12.20 Adozione di strumenti operativi di antiriciclaggio

Il D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 costituisce il testo normativo vigente sulla prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio, ed è stato modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 90 (di recepimento della direttiva 20 maggio 2015/849), che ne ha sostituito intere parti, e ulteriormente modificato, da ultimo, dal D.Lgs. 4 ottobre 2019 n. 125, di recepimento della direttiva 2018/843.

Il Dlgs 90/2017 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva (UE) 2015/849 (IV direttiva antiriciclaggio), sostanzialmente riscrivendo in alcuni aspetti importanti il precedente DLgs 231/2007, e introducendo diverse innovazioni, che riguardano i soggetti destinatari degli obblighi di registrazione, le comunicazioni alle competenti Autorità, le misure di adeguata verifica della clientela, i controlli, gli obblighi di conservazione e le sanzioni.

Con le novità introdotte dal DLgs 90/2017 i controlli e le procedure antiriciclaggio sono stati graduati in funzione del rischio e al Comitato di Sicurezza Finanziaria sono stati attribuiti i compiti di elaborare l'analisi nazionale del rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e delle strategie per contrastarlo e di elaborare linee-guida per le Pubbliche Amministrazioni.

I soggetti destinatari degli obblighi antiriciclaggio devono adottare le conseguenti misure proporzionate al rischio, dotandosi delle procedure sistematiche di valutazione, gestione e controllo dei rischi tipici dell'attività espletata.

Il Dlgs 125/2019 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva 2018/843 (V direttiva antiriciclaggio), con modifiche sui poteri ispettivi e di controllo delle Autorità di vigilanza, sulla definizione delle «amministrazioni ed organismi interessati» (quelli che hanno poteri di controllo o rilasciano autorizzazioni, concessioni, licenze, e qualsiasi altro titolo autorizzativo o abilitante ai "soggetti destinatari

degli obblighi" individuati dal DLgs 231/2007), sull'individuazione del legame tra persone politicamente esposte ed altri soggetti.

Ulteriori interventi concernono la definizione dei "prestatori di servizi relativi all'utilizzo di valuta virtuale" e i "prestatori di portafoglio digitali", l'individuazione dei soggetti obbligati, e gli obblighi della società capogruppo, che deve adottare un approccio globale al rischio riciclaggio e finanziamento del terrorismo, in ossequio a quanto disposto dall'Autorità di vigilanza del settore.

Il DLgs modifica poi le modalità della verifica adeguata della clientela, compreso l'utilizzo delle forme di identificazione elettronica.

Anche il sistema sanzionatorio viene modificato con puntualizzazione dei poteri sanzionatori di Banca d'Italia, IVASS e CONSOB, con il coordinamento dei poteri sanzionatori di tutti i soggetti competenti, e l'attribuzione al MEF del potere di irrogare ogni altra sanzione amministrativa pecuniaria non espressamente attribuita ad altra Autorità od Organismo.

L'art. 10 primo comma del DLgs 231/2007 stabilisce che:

«1. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) 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.»

L'Azienda Ospedaliera pertanto è tenuta, in attuazione della predetta normativa a collaborare con le autorità competenti in materia di lotta al riciclaggio, individuando e segnalando le attività e fatti rilevanti che potrebbero costituire sospetto di operazioni di riciclaggio Oltre a delineare le procedure operative atte a garantire un tempestivo assolvimento degli obblighi di comunicazione verso l'Unità di Informazione Finanziaria - U.I.F., l'Amministrazione provvede annualmente alla formazione del personale dell'Ente e dei referenti coinvolti, raccoglie le segnalazioni. Nel corso del triennio verrà effettuata apposita formazione a tutti gli attori interessati e con i Dirigenti dell'area appalti beni servizi e lavori verranno elaborate apposite check list di indicatori di anomalia più rilevanti e pertinenti al nostro contesto interno (*risk based approach*).

Annualmente verrà redatto *un report riassuntivo* che dia conto in particolare:

- dell'attività della funzione antiriciclaggio svolta nel periodo di riferimento (situazioni segnalate all'UIF, operazioni per le quali non sussistono i presupposti per la segnalazione all'UIF, indicazione di eventuali disfunzioni verificatesi e delle azioni correttive adottate)
- delle iniziative di formazione programmate e realizzate
- dell'attività programmata per l'anno successivo

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 2022-2024, 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. Infatti l'informatizzazione dei processi è volta a conseguire l'automazione, l'esecuzione, il controllo e l'ottimizzazione dei processi interni e costituisce il mezzo principale per la gestione analogica del procedimento amministrativo digitale. Attraverso la previsione della tracciabilità delle fasi fondamentali dei processi dell'amministrazione e l'individuazione delle responsabilità per ciascuna fase riduce il rischio di flussi informativi non controllabili e favorisce l'accesso telematico di dati e documenti, ottenendo così una migliore efficace circolarità delle informazioni e del rispetto dei tempi procedurali.

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.

L'Informatizzazione, standardizzazione e condivisione dei processi e dei format per la gestione di pratiche analoghe allo stesso tempo riduce il rischio di arbitri nella trattazione delle stesse, garantisce maggiore omogeneità di azione, velocizza la definizione e riduce il rischio di arbitrarietà e al contempo garantisce un'azione amministrativa maggiormente efficace.

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, raccolti,) ed archiviati tutti i provvedimenti e le informazioni relative alla medesima procedura di gara.

L'utilizzo della Piattaforma avviene nel rispetto dei principi di autoresponsabilità e di diligenza professionale, secondo quanto previsto dall'articolo 1176, comma 2, del codice civile ed è regolato, tra gli altri, dai seguenti principi:

- parità di trattamento tra gli operatori economici;
- trasparenza e tracciabilità delle operazioni;
- standardizzazione dei documenti;
- comportamento secondo buona fede, ai sensi dell'articolo 1375 del codice civile;
- comportamento secondo correttezza, ai sensi dell'articolo 1175 del codice civile;
- segretezza delle offerte e loro immodificabilità una volta scaduto il termine di presentazione della domanda di partecipazione;
- gratuità. Nessun corrispettivo è dovuto dall'operatore economico e/o dall'aggiudicatario per il mero utilizzo della Piattaforma.

La Piattaforma garantisce l'integrità dei dati, la riservatezza delle offerte e delle domande di partecipazione. La Piattaforma è realizzata con modalità e soluzioni tecniche che impediscono di operare variazioni sui documenti definitivi, sulle registrazioni di sistema e sulle altre rappresentazioni informatiche e telematiche degli atti e delle operazioni compiute nell'ambito delle procedure, sulla base della tecnologia esistente e disponibile.

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 2022-2024 si confermano gli sviluppi delle seguenti funzionalità, avviate nel precedente anno 2021:

- **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)
- **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.
- **Gestione attestazione di conformità:** nell'ambito del processo di liquidazione la funzione di verifica di conformità di un bene/servizio ricevuto riveste un ruolo significativo nelle procedure aziendali. Tale funzione sarà svolta con una specifica funzionalità applicativa a supporto di questa fase del processo, fornendo la giusta consistenza alle attestazioni dichiarate ed eliminando gestioni extra sistema con il rischio di perdite di informazioni o di difficile reperimento quando se ne ha bisogno.
-

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

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 altri 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.

c) Digitalizzazione della valutazione della Performance

Già a partire dall'anno 2019 è attiva la digitalizzazione/informatizzazione della valutazione individuale dei dipendenti. Il sistema permette di processare la Valutazione del singolo Dipendente (download della Scheda, popolamento e successivo Upload della Scheda completata) tramite una gestione del processo completamente dematerializzata.

Una volta presa in gestione la singola Scheda di Valutazione, il VALUTATORE avrà la possibilità di compilare online la scheda, attribuendo un punteggio su una scala di valutazione. Una volta terminata la compilazione online, il VALUTATORE dovrà pubblicare la sua valutazione impostando lo Stato in "Pubblicato per Presa Visione". Solamente in questo modo, la scheda di valutazione sarà visibile e gestibile da parte del Valutato.

Nell'anno 2022 è previsto uno sviluppo per informatizzare la performance organizzativa.

13.4 Pubblicazione automatica dei documenti generati digitalmente dai sistemi Informativi sulle apposite sezioni di Amministrazione Trasparente.

Così come previsto nel PTPCT 2021-2023, a partire dal mese di giugno 2021 l'RPCT ha organizzato incontri, finalizzati principalmente ad una ricognizione dei dati e documenti richiesti ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs. n. 33 del 14/03/2013 nell'ambito dei Bandi di gara e contratti e personale e alla loro organizzazione funzionale sul portale. Allo stato attuale, la sezione Bandi di gara è costruita nel rispetto delle macro-aree indicate dal Piano e con l'inserimento della piattaforma esterna gestita dalla società Maggioli che consente la collocazione e l'integrazione di ogni documento legato alla singola procedura. Attraverso una ricognizione di siti analoghi a quello dell'azienda ospedaliera, il gruppo di lavoro ha individuato nell'organizzazione proposta proprio dal portale Anac una soluzione idonea e funzionale, che potrebbe essere replicata attraverso una implementazione delle funzioni della piattaforma Maggioli.

Si sono vagliate due proposte trasversali: collegare la sezione Bandi di gara e contratti direttamente alla piattaforma Maggioli o integrare la Maggioli verso il sito. Entrambe le proposte, che vedono la centralità

del software esterno, piattaforma che - per inciso - comunica ad esempio con Anac e Gazzetta ufficiale - risultano aderenti al rispetto della normativa. L'utilizzo centrale della piattaforma Maggioli verrà discussa con la Direzione Generale in quanto sarà necessario aumentarne le sue potenzialità creando, inoltre, un ponte tra la stessa e il sistema Open Act.

L'obiettivo, come più volte sottolineato dalla scrivente, è arrivare a processi di automatizzazione e interoperabilità dei vari sistemi operativi in uso in azienda, consentendo agli operatori, superata la fase di progettazione e una volta entrato a regime l'intero impianto, di ridurre i tempi di esecuzione delle azioni necessarie per rispettare le normative e semplificare le medesime procedure riducendo rischi di errori ed omissioni.

Per tale motivo si è proceduto ad una mappatura dettagliata delle singole sezioni e del relativo processo di acquisizione e implementazione dei documenti.

Tale analisi ha previsto, prima di tutto, un controllo sull'uso delle piattaforme informatiche in essere in azienda (ad esempio Open Act, Areas e Paleo) e la circolazione dei documenti al loro interno al fine di verificare la possibilità di creare indicizzazioni ed interoperabilità sul CMS (gestore contenuti) del portale istituzionale, sistema Wordpress, usato per la costruzione del sito, o il Portale dipendenti. Di seguito vengono dettagliati i seguenti interventi che dovranno essere implementati

- 1) Come previsto dalla norma, nell'area PERSONALE per ogni titolare di incarico dirigenziale (amministrativi di vertice o dirigenti non generali) deve essere pubblicato atto di conferimento con durata dell'incarico, CV, compenso, dichiarazione di inconfiribilità e incompatibilità. Per quanto riguarda gli atti di conferimento, gli stessi sono reperibili su Open Act e per il loro trasferimento verso il sito è necessario implementare il sistema con una chiave o codice identificativo che comunichi con il software per il corretto posizionamento degli atti. Per l'inserimento dei Cv insieme all'RTD è stata ipotizzata la creazione di un format di compilazione online del documento da parte del professionista interessato sul Portale dipendenti o sul sito dell'azienda, da richiedere alla ditta a cura del DEC del contratto. Un format che dovrebbe garantire non solo l'inserimento ma anche l'implementazione nonché l'archiviazione e la stampa in formato PDF/A;
- 2) L'area DOTAZIONE ORGANICA prevede l'inserimento del Conto annuale del personale. Come previsto dal DL 33, articolo 9bis, allegato B, tale informazione va anche comunicata al SICO, l'applicazione informatica della Segreteria Generale dello Stato. Al fine di integrare tale procedura con la pubblicazione del dato nell'area AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, sarà necessario verificare con il MEF la necessità di autorizzazione stabilendo, insieme agli editor del servizio PERSONALE, gli estremi di tale richiesta e i dati corretti da pubblicare.

In sintesi si è proceduto ad analizzare, insieme all'RTD, la fattibilità 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

MISURA STATO	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
Aggiornamento mappatura processi e procedimenti	Mappatura processo Esecuzione del Contratto (30/06/2022)	Provvedimento adozione aggiornamento mappatura 2022-2024	Dirigenti aree a rischio RPCT
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	Entro gennaio 2024	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, soprattutto nei casi in cui figuravano indicatori non perfettamente rappresentativi del fenomeno

Nell'allegato 1 "registro rischi" vengono riproposti indicatori, che comunque non possono essere considerati esaustivi, in quanto dovranno essere integrati con indicatori di misure tipiche di attività più specifiche.

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 indicatori	Entro 31/12/2022	Anagrafica indicatori	Dirigenti aree a rischio RPCT
Sviluppo di un sistema integrato di misure di controlli di conformità dei processi a rischio	esistenza report di monitoraggio	entro 31/06/ 2023	RPCT Gruppo di supporto

13.5 Data analysis e costruzione di indicatori di rischio corruzione dei contratti pubblici

Nell'anno 2021 l'RPCT ha provveduto a fare un'analisi di indicatori proposti da ANAC nel documento "*Data analysis e costruzione di indicatori di rischio corruzione per la banca dati nazionale dei contratti pubblici*" costruiti su una base dati richiesta ad ANAC relativamente agli anni 2018-2019-2020 di tutte le Stazioni appaltanti della Regione Marche.

La motivazione dell'analisi nasce dal fatto che il monitoraggio degli appalti pubblici, rappresentano "valore pubblico", è da essi è possibile comprendere nel dettaglio come vengono spesi i soldi pubblici, in quali opere e in quali servizi attraverso quali e quanti fornitori.

Questa analisi è stata effettuata su indicatori classificati tra le misure di rischio e prevenzione che possono descrivere la presenza di anomalie nei dati che possano potenzialmente segnalare il rischio corruzione, di seguito elencati:

1. Indicatore sul numero delle procedure non aperte – I_{npna}
2. Indicatore sul valore delle procedure non aperte – I_{vpna}
3. Indicatore sul numero di procedure con un'unica offerta – I_{uo}
4. Indicatore sul tempo medio richiesto per la presentazione delle offerte – I_{tmpo}
5. Indicatore sul tempo medio richiesto per la presentazione delle offerte – I_{tmpo2}
6. Indicatore di frazionamento – I_{fr}

Nella prima fase si è calcolato ciascuno dei 6 indicatori, proseguendo nella costruzione di una "funzione punteggio", in grado di assegnare un punteggio reale compreso tra 0 e 1 a ciascuna stazione appaltante, sulla base del valore dell'indicatore. Tale funzione ha lo scopo di trasformare il valore dell'indicatore in un nuovo valore, sul quale si costruirà un ranking delle stazioni appaltanti.

Il calcolo della media diventa una misura per pesare l'assegnamento del punteggio a ciascuna stazione appaltante. Ogni valore prossimo alla media si considera in linea con quanto le stazioni appaltanti hanno speso denaro tramite l'OEPV nell'anno considerato. Si mappano dunque:

al valore 0 tutte le stazioni appaltanti con valore dell'indicatore inferiore alla media;

Nell'intervallo continuo [0,1] tutte le stazioni appaltanti con valore dell'indicatore maggiore o uguale alla media.

Questa operazione di rescaling ha posizionato lo 0 in corrispondenza del valore medio, e l'1 in corrispondenza del valore massimo misurato dagli indicatori.

Il Punteggio outliers, invece, normalizza ulteriormente il Punteggio ma in rapporto agli outliers. Nello specifico, per ogni indicatore si calcolano la media e la deviazione standard dei punteggi ottenuti, e si sommano. Il Punteggio outliers assegnerà valore 0 alle stazioni appaltanti con punteggio inferiore o prossimo alla soglia ottenuta (media+deviazione standard) e normalizzerà i valori superiori assegnando un punteggio compreso tra 0 e 1.

1 Indicatore sul numero delle procedure non aperte – I_{npna}

Ha lo scopo di valutare la percentuale di procedure non aperte (procedure negoziate con o senza previa pubblicazione di un bando, affidamenti diretti, cottimi fiduciari, ecc.) sul totale delle procedure utilizzate da una medesima stazione appaltante in un determinato arco temporale. Dato che le procedure prescelte da una stazione appaltante diverse da quelle aperte o ristrette possono rispettare tutti i requisiti imposti dalla normativa vigente, questo indice non è di per sé un segnale di illegittimità. Dunque, potrebbe segnalare una patologia da monitorare in maniera specifica se si ottiene una elevata percentuale di affidamenti non concorrenziali insieme ad altri indicatori. L'indicatore può essere calcolato come:

$$I_{npna} = \frac{NT PNA_{i,t}}{NTP_{i,t}}$$

Dove:

NT PNA_{i,t} → numero delle procedure di appalto non aperte o ristrette utilizzate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t;

NTP_{i,t} → numero totale delle procedure di appalto utilizzate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t.

La media dell'Indicatore nella Regione Marche ammonta al 35% nell'anno 2018 , 65% nell'anno 2019, 57% nell'anno 2020 con una deviazione standard rispettivamente del 0,09, 0,13 e 0,30.

Di seguito vengono rappresentati i punteggi riferiti all'Azienda Marche Nord che delineano dei valori in linea con la media regionale come rappresentato dal punteggio Outliers pari zero, e sotto la media di alcune delle altre Aziende della Regione Marche.

	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Inpna			Punteggio Inpna Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0,2	0,22	0,14	0	0	0
5		REGIONE MARCHE	0,31	0,40	0,33	0,13	0,13	0,13

In riferimento ai risultati sopra rappresentati è indispensabile fornire le seguenti precisazioni:

Nelle procedure non aperte calcolate al numeratore sono compresi gli acquisti di seguito indicati:

- contratti ponte nelle more di disponibilità di contratti efficaci da parte del soggetto Aggregatore competente per materia,
- acquisizioni sotto soglia comunitaria nel rispetto del regolamento aziendale /determina 469 del 17/9/2020),
- acquisti posti in essere in ossequio ai decreti emanati dal Governo nel periodo pandemico per l'anno 2020.

2.Indicatore sul valore delle procedure non aperte – I_{vpna}

È analogo all'indicatore precedente, con la differenza di considerare il valore delle procedure non aperte sul valore totale delle procedure attivate da una medesima stazione appaltante in un determinato periodo. Questo indicatore andrebbe letto congiuntamente con l'indicatore I_{npna} . L'indicatore può essere calcolato come:

$$I_{vpna} = \frac{VTPNA_{i,t}}{VTP_{i,t}}$$

Dove:

- VT PNA_{i,t} → valore totale delle procedure non aperte attivate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t;
- VT P_{i,t} → valore totale delle procedure attivate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t.

La media dell'Indicatore nella Regione Marche ammonta al 34% nell'anno 2018, 44% nell'anno 2019, 62% nell'anno 2020 con una deviazione standard rispettivamente del 0,27, 0,27 e 0,33.

Di seguito vengono rappresentati i punteggi riferiti all'Azienda Marche Nord che delincono dei valori sopra alla media regionale, ma comunque registrano un trend in miglioramento nel triennio. Preme sottolineare il punteggio outliers che normalizza il valore sotto la media regionale in quanto si attesta intorno allo 0.

2. INDICATORE SUL VALORE DELLE PROCEDURE NON APERTE								
	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Ivpna			Punteggio Ivpna Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0,68	0,67	0,48	0	0	0
5		REGIONE MARCHE	0,53	0,61	0,58	0,13	0,00	0,00

3. Indicatore sul numero di procedure con un'unica offerta – I_{uo}

L'indicatore consiste in un semplice conteggio di bandi per i quali è stata ricevuta una sola offerta. Esso andrebbe valutato guardando il mercato di riferimento del servizio/prodotto, poiché per alcuni beni e servizi si hanno molte gare con la presenza di un'offerta singola. L'indicatore può essere calcolato come:

$$I_{uo} = \frac{NTA_{i,t}}{NTA_{i,t}}$$

Dove:

$NTA_{i,t}$ → numero delle procedure aggiudicate della i-esima stazione appaltante al tempo t con un numero dei partecipanti uguale ad uno;

$NTA_{i,t}$ → numero totale delle procedure di appalto aggiudicate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t.

La media dell'Indicatore nella Regione Marche ammonta al 25% nell'anno 2018, 11% nell'anno 2019, 42% nell'anno 2020 con una deviazione standard rispettivamente del 0,27, 0,13 e 0,22.

Di seguito vengono rappresentati i punteggi riferiti all'Azienda Marche Nord che delincono dei valori sotto la soglia della media regionale- Preme sottolineare il punteggio outliers che normalizza il valore sotto la media regionale in quanto si attesta intorno allo 0

3. INDICATORE SUL NUMERO DI PROCEDURE CON UN'UNICA OFFERTA								
	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Iuo			Punteggio Iuo Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0	0	0	0	0	0

4. Indicatore sul tempo medio richiesto per la presentazione delle offerte – I_{tmpo}

L'indicatore misura l'adeguatezza della tempistica necessaria alla presentazione delle offerte. Infatti, tempi molto ristretti che intercorrono tra la data di pubblicazione del bando e la data di scadenza per la presentazione delle offerte, possono essere un indice di favoritismo nei confronti di un particolare operatore economico, e comunque un segnale di restringimento del grado di concorrenza potenziale. L'indicatore può essere calcolato come:

$$I_{tmpo} = \frac{\sum_{k=1}^{NTA_{i,t}} (DSPO_{ik} - DPB_{ik})}{NTA_{i,t}}$$

Dove:

- $DSPO_{i,k}$ → data di scadenza di presentazione delle offerte per l'amministrazione i-esima e per l'affidamento k-esimo;
- $DPB_{i,k}$ → data di pubblicazione del bando per l'amministrazione i-esima e per l'affidamento k-esimo;

- $NTA_{i,t}$ → numero totale delle procedure di appalto aggiudicate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t.

La media dell'Indicatore nella Regione Marche ammonta al 0,2 % nell'anno 2018 , 0,3 % nell'anno 2019, 0,3 % nell'anno 2020 con una deviazione standard rispettivamente dello 0,0005.

Di seguito vengono rappresentati i punteggi riferiti all'Azienda Marche Nord che delineano dei valori sotto la soglia della media regionale. Preme sottolineare il punteggio outliers che normalizza il valore sotto la media regionale in quanto si attesta intorno allo 0

4. INDICATORE SUL TEMPO MEDIO RICHIESTO PER LA PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE								
	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Itmpo			Punteggio Itmpo Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0	0	0,25	0	0	0

Da sottolineare nell'anno 2020 vi è stata una forte riduzione dei tempi di conclusione dei procedimenti con particolare riferimento agli acquisti connessi all'emergenza covid, come peraltro previsto nel D.L. n.76/20, art 8 comma 1, lettera c), convertito in legge n. 120/2020, in relazione alle procedure bandite fino alla data del 31 dicembre 2021, che ha previsto la riduzione dei termini procedurali per ragioni di urgenza di cui all'art 60, comma 3 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. senza dar conto delle ragioni di urgenza perché ritenute **già sussistenti**;

In conclusione si è ritenuto opportuno indire procedure aperte – con termini abbreviati - in cui ogni operatore economico interessato può presentare un'offerta per la fornitura di che trattasi, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 50/2016 smi, tramite l'utilizzo della piattaforma telematica di negoziazione di questa Amministrazione concedendo 20 gg per la ricezione dell'offerta dalla data di invio alla GUUE del bando di gara.

Inoltre tutte le tecnologie finanziate con la DGRM n.751/2020 in attuazione D.L. n. 34/2020 (c.d. "decreto Rilancio") finalizzate al potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza Covid - 19, ed acquistate nell'estate 2020, dovevano essere installate necessariamente entro e non oltre il mese di settembre 2020.

5. Indicatore sul tempo medio richiesto per la presentazione delle offerte – I_{tmpo2}

Questo indicatore nasce dall'esigenza di intercettare alcuni aspetti che il precedente indicatore non considera. Esso si concentra nuovamente sul calcolo di un intervallo temporale, ma in questo caso viene misurata la distanza tra la data di aggiudicazione di un bando e la sua data di pubblicazione, pesando l'indicatore sul valore degli importi aggiudicati in proporzione al numero di giorni calcolati. L'indicatore può essere espresso come segue:

$$I_{tmpo2} = \frac{\left(\sum_{k=1}^{NTA_{it}} (DAO_{ik} - DPB_{ik}) \right) \times VTP_{it}}{NTA_{i,t} + \left(\sum_{k=1}^{NTA_{it}} (DAO_{ik} - DPB_{ik}) \right)}$$

Dove:

- $DAO_{i,k}$ → data di aggiudicazione definitiva delle offerte per l'amministrazione i-esima e per l'affidamento k-esimo;
- $DPB_{i,k}$ → data di pubblicazione del bando per l'amministrazione i-esima e per l'affidamento k-esimo;
- $VTP_{i,t}$ → valore totale aggiudicato delle procedure pubblicate dalla i-esima stazione appaltante;

- $NTA_{i,t}$ → numero totale delle procedure di appalto aggiudicate dalla i-esima stazione appaltante al tempo t.

L'idea alla base di questo indicatore è quella di analizzare i tempi che intercorrono tra la pubblicazione di un bando e la data della sua effettiva aggiudicazione, pesando questo rapporto sulla base di alcune assunzioni:

1. Nel caso in cui due stazioni appaltanti totalizzano lo stesso numero di giorni e lo stesso numero di gare totali, l'indicatore I_{tmpo} descritto in precedenza restituirebbe lo stesso risultato. Tuttavia, è importante considerare anche l'importo totale che esse hanno aggiudicato nel corso dell'anno. Dunque, si pesa il calcolo del tempo tra la data di aggiudicazione del bando e la data di pubblicazione attraverso l'importo aggiudicato;
2. Nel caso in cui due stazioni appaltanti aggiudicano lo stesso importo, ma in tempi molto differenti, è importante tenere conto del fattore tempo nel calcolo. Infatti, se l'aggiudicazione di una certa cifra avviene in un tempo molto stretto, è bene monitorare questa situazione. Dunque, il numero di giorni diventa un ulteriore peso per l'indicatore in esame, e controlla in maniera proporzionale la crescita del risultato finale. Preme sottolineare il punteggio outliers che normalizza il valore sotto la media regionale in quanto si attesta intorno allo 0

5. INDICATORE SUL TEMPO MEDIO RICHIESTO PER LA PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE 2 - PONDERATO								
	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Itmpo2			Punteggio Itmpo2 Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0	0,11	0,01	0	0	0

6. Indicatore di frazionamento – I_{fr}

Questo indicatore ha la finalità di valutare se la stazione appaltante ha frazionato artificialmente un determinato contratto con il solo scopo di non oltrepassare le soglie normativamente previste.

Esso può essere calcolato come il conteggio del numero di procedure non concorrenziali attivate da una stessa amministrazione in un arco temporale definito relativamente ad appalti omogenei. Si può calcolare come:

$$I_{fr} = \sum_k (VPNA_{itk\gamma} > SP_k) / NTP_{it\gamma}$$

Dove:

- $VPNA_{i,t,k,\gamma}$ → valore della k-esima procedura di appalto non aperta o ristretta al di sotto delle soglie previste utilizzata dalla i-esima stazione appaltante al tempo t e per il prodotto γ ;
- SP_k → soglie previste dalla norma per la k-esima procedura sotto le quali è possibile attivare procedure non concorsuali quali l'affidamento diretto, il cottimo fiduciario o le procedure negoziate.

L'indicatore può essere calcolato dall'amministrazione singolarmente e dall'Autorità utilizzando come variabili di omogeneità dei prodotti la descrizione dell'oggetto e il codice CPV al massimo dettaglio. Preme sottolineare il punteggio outliers che normalizza il valore sotto la media regionale in quanto si attesta intorno allo 0

INDICATORE DI FRAZIONAMENTO								
	CFStazapp	NomeStazapp	Punteggio Ifr			Punteggio Ifr Outliers		
			2018	2019	2020	2018	2019	2020
3	2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0,46	0,71	0,11	0	0	0
5		REGIONE MARCHE	0,43	0,56	0,31	0,13	0,13	0,13

CORRUPTION INDICATOR SCORE

La tabella che segue rappresenta l'indicatore sintetico Corruption Indicator Score.

Il **Corruption Indicator Score (CIS)** è la somma per riga di ciascun punteggio, restituendo così l'indicatore aggregato finale, che viene formalizzato come segue:

$$\text{Corruption Indicator Score} = \sum_{i=1}^k \varphi_i$$

dove $\varphi_i = \text{punteggio}_{ind_k}$, con $k = 6$.

		Corruption Indicator Score	Cis Outliers	Corruption Indicator Score	Cis Outliers	Corruption Indicator Score	Cis Outliers
		2018	2019	2020	2018	2019	2020
2432930416	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	0,88	0	1	0	0,88	0
	REGIONE MARCHE	2,09	0,50	2,20	0,50	2,21	0,50

In generale, si è assunto che una stazione appaltante verrà marcata come "ad alto rischio di corruzione" anche se totalizza un punteggio alto in un unico indicatore, quindi il Cis non fa una somma pesata dei sei indicatori.

Al fine di intercettare casi anomali e pesare il Cis finora utilizzato (tradizionale), si associa un ulteriore punteggio, che normalizza il Cis tradizionale. Tale indicatore viene chiamato Corruption Indicator Score Outliers (Cis Outliers), e assegnerà:

- Valore 0 ai valori prossimi alla somma della media più la deviazione standard del Corruption Indicator Score (sotto la soglia);
- Valore 1 ai valori massimi (sopra la soglia).

PARTE II

LA TRASPARENZA

VERIFICA GENERALE SE INTERVENUTE NORME A MODIFICA E/O INTEGRA.

14. 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..

Il **decreto legge 17 marzo 2020, n. 18** "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con **legge 24 aprile 2020, n. 27**, contiene previsioni rivolte, tra gli altri, agli Enti del SSN, e più in generale, alle pubbliche amministrazioni, definendo specifici obblighi di trasparenza in riferimento all'acquisizione di erogazioni liberali.

In particolare, il comma 5 dell'art. 99, come modificato dal decreto-legge 19 maggio 2020, n.34, impone a ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di attuare un'apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. La norma dispone inoltre che, al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità.

Per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati, secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali, l'Autorità con **Comunicato del 29 luglio 2020**, ha reso disponibile un apposito modello, elaborato congiuntamente al MEF, con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute.

Come sottolineato dalla stessa Autorità, i contenuti del modello di rendicontazione predisposto sono da ritenersi "contenuti minimi essenziali" al fine di garantire il rispetto della normativa citata; pertanto, gli stessi possono essere integrati con ulteriori dati relativi alle campagne di raccolta fondi, in una logica di rendicontazione sulla gestione delle risorse messe a disposizione delle amministrazioni (in quest'ottica, a titolo esemplificativo, potrebbero essere oggetto di pubblicazione, anche in forma aggregata, purché privi di dati personali, i dati relativi agli interventi finanziati, il relativo cronoprogramma, lo stato di avanzamento di eventuali lavori finanziati/sovvenzionati, i fondi residui rimasti inutilizzati da imputare a riserve in bilancio).

Il rendiconto è, quindi, pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito WEB aziendale, sottosezione di primo livello "Interventi straordinari e di emergenza" (appositamente attivata nel corso dell'anno 2020), contenente i dati previsti dall'art. 42, comma 1, del d.lgs. 33/2013. Tale rendiconto è periodicamente aggiornato (ogni tre mesi) anche per dare conto di eventuali fondi pervenuti dopo la cessazione dello stato di emergenza. Con successivo **Comunicato del 7 ottobre 2020**, l'Autorità ha inoltre fornito indicazioni integrative per la corretta compilazione del suddetto modello di rendicontazione.

15. 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 2022-2024 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", attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi trasversali dell'Azienda (PALEO, Open Act e AREAS)

16. 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.

17. 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 con la scansione dei documenti cartacei non assicura che le informazioni siano elaborabili).

18. 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.).

19. 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.

In applicazione delle disposizioni di cui alla delibera ANAC n294/2021, per la predisposizione dell'attestazione da parte dell' OIV, si dà evidenza che l'RPCT ha svolto nel corso dell'anno 2021 il monitoraggio previsto dal PTPCT 2020-2022 sulla puntuale e costante implementazione del Sito Amministrazione Trasparente; gli esiti di detto monitoraggio sono stati quindi trasmessi alla Direzione Generale e all' OIV. Nello specifico relativamente all'anno 2021, si è proseguito con l'attività di monitoraggio su tutte le sotto-sezioni di Amministrazione Trasparente, invitando i Dirigenti coinvolti alla effettuazione delle opportune verifiche di competenza in ordine alla pubblicazione dei dati ed alla loro rispondenza agli elementi/criteri di qualità stabiliti da ANAC (ossia: "Pubblicazione", "Completezza del contenuto", "Aggiornamento", "Apertura formato" - ex Allegato 5 alla delibera 294/2021). In sede di controllo, la scrivente ha evidenziato la necessità di taluni adeguamenti che sono stati comunicati tempestivamente alle Unità operative interessate affinché provvedessero in tal senso. Si sottolinea che sono state elaborate delle chck list di controllo che hanno guidato l'attività di monitoraggio per quanto riguarda la sottosezione Bandi di Gara e contratti.

Nello specifico l'Azienda nel suo complesso ha ottenuto un punteggio di performance degli obblighi di pubblicazione pari al 95.5%, dettagliato che rappresentato nella tabella che segue.

	PUBBLICAZIONE	COMPLETEZZA DEL CONTENUTO	COMPLETEZZA RISPETTO AGLI UFFICI	AGGIORNAMENTO	APERTURA FORMATO
totale punteggio	96,7%	94,0%	96,2%	94,0%	96,7%

20. Pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo e dei titolari di incarichi dirigenziali (ex art.14, comma 1-bis, lett.f) del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii)

Con l'entrata in vigore del **decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97**, sono stati estesi ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo e ai titolari di incarichi dirigenziali gli obblighi di pubblicazione contenuti nell'articolo 14 del D.lgs.33/2013, in precedenza riservato ai titolari di incarichi politici, mentre l'articolo 15 è stato riferito ai soli titolari di incarichi di consulenza e collaborazione.

Con specifico riferimento alla dirigenza sanitaria, l'art. 41 comma 3, del D.lgs.33/2013 ha mantenuto formalmente il rinvio all'art. 15 del decreto legislativo (riferito ai consulenti e collaboratori), estendendo contestualmente gli obblighi di pubblicazione anche ai dirigenti responsabili di struttura semplice.

A) La posizione di ANAC

Con **delibera ANAC n.382 del 12 aprile 2017**, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione – a seguito dell'ordinanza del TAR Lazio - aveva disposto la sospensione dell'efficacia della propria precedente **determinazione n.241/2017**, limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art.14, comma 1, lett. c) (compensi) ed f) (dichiarazioni reddituali e patrimoniali) del d.lgs. n.33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN.

A seguito di tale sospensione, questa Azienda (per il tramite del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza) con nota prot.17074 del 13 aprile 2017 ha revocato - con effetto immediato - le disposizioni impartite con Nota prot.15672 del 5 aprile 2017 relative all'assolvimento dei predetti obblighi di pubblicazione, in attesa di successive determinazioni in merito da parte dell'Autorità medesima.

Va evidenziato che con **Atto di segnalazione n.6 del 20 dicembre 2017**, la stessa **ANAC** formulava talune osservazioni in merito a specifiche disposizioni contenute nel D.Lgs.33/2013, confermando la permanenza di "*questioni aperte e lacune normative che meritano di essere segnalate al Governo e al Parlamento, anche al fine di adottare dei correttivi che rendano più efficaci le disposizioni normative vigenti*".

In tale contesto, ANAC evidenziava anche le problematiche sorte sull'applicazione dell'art.14, comma 1-bis, secondo la nuova formulazione introdotta dal D.Lgs.97/2016; ciò in particolare rilevando come la novella normativa e l'ampliamento dell'ambito soggettivo di applicazione dello stesso art.14 ponesse giustificati dubbi interpretativi ed applicativi.

Proprio con riferimento agli obblighi riguardanti i titolari di incarichi dirigenziali, la stessa ANAC, nel suddetto Atto di segnalazione, aveva ritenuto di dover suggerire al Parlamento e al Governo una modifica normativa operante una graduazione degli obblighi di pubblicazione in relazione al ruolo, alle responsabilità e alla carica ricoperta dai dirigenti.

Infine, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019, ANAC, con **delibera n.586 del 26 giugno 2019**, adottata per definire in modo risolutivo l'ambito di applicazione dell'art.14, comma 1-bis, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., sostanzialmente ripristinava – sia pure in attesa di un intervento del legislatore - gli obblighi previsti dalla norma dichiarata incostituzionale.

B) La sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 2019.

Come noto, con **sentenza n.20 del 23 gennaio 2019**, la **Corte Costituzionale** ha dichiarato *l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1-bis, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f) (dichiarazioni dei redditi e dichiarazioni sulla situazione patrimoniale), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (incarichi dirigenziali di vertice della dirigenza statale).*

Si riportano di seguito alcuni passaggi significativi della pronuncia della Corte:

1. “La disposizione censurata non risponde alle **due condizioni** richieste dal test di proporzionalità (ovvero l'imposizione di oneri non sproporzionati rispetto ai fini perseguiti e la scelta della misura meno restrittiva dei diritti che si fronteggiano)” (nel caso di specie il **diritto alla trasparenza** e il **diritto alla privacy**).

“Viola perciò l'art. 3 Cost., innanzitutto sotto il profilo della ragionevolezza intrinseca, **imporre a tutti indiscriminatamente i titolari d'incarichi dirigenziali** di pubblicare una dichiarazione contenente l'indicazione dei redditi soggetti all'IRPEF nonché dei diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, delle azioni di società, delle quote di partecipazione a società e dell'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società (con obblighi estesi al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano e fatta salva la necessità di dare evidenza, in ogni caso, al mancato consenso)”.

Prima condizione. L'onere di pubblicazione in questione risulta, in primo luogo, sproporzionato rispetto alla finalità principale perseguita, quella di contrasto alla corruzione nell'ambito della pubblica amministrazione.

Seconda condizione. Sotto il secondo profilo, quello della necessaria scelta della **misura meno restrittiva dei diritti fondamentali** in potenziale tensione, la disposizione censurata non supera il test di proporzionalità.

Esistono senz'altro soluzioni alternative a quella ora in esame, tante quanti sono i modelli e le tecniche immaginabili per bilanciare adeguatamente le **contrapposte esigenze di riservatezza e trasparenza**, entrambe degne di adeguata valorizzazione, ma nessuna delle due passibile di eccessiva compressione. (Alcune di tali soluzioni – privilegiate, peraltro, in altri ordinamenti europei – sono state ricordate anche dal giudice rimettente: ad esempio, la predefinitone di soglie reddituali il cui superamento sia condizione necessaria per far scattare l'obbligo di pubblicazione; la diffusione di dati coperti dall'anonimato; la pubblicazione in forma nominativa di informazioni secondo scaglioni; il semplice deposito delle dichiarazioni personali presso l'autorità di controllo competente.) Quest'ultima soluzione, del resto, era quella adottata prima del d.lgs. n. 97 del 2016, nell'ambito di una disciplina (**art. 13, commi 1 e 3, del d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, contenente «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165», e tuttora vigente**) che impone ai titolari d'incarichi dirigenziali l'obbligo di fornire alle amministrazioni di appartenenza, con onere di aggiornamento annuale, le informazioni sulla propria situazione reddituale e patrimoniale, che però non erano rese pubbliche (se non su apposita istanza), e, comunque, non con le modalità previste dal d.lgs. n. 33 del 2013 e in precedenza illustrate.”

2. Di qui le indicazioni della Corte Costituzionale:

- esigenza di identificare quei titolari d'incarichi dirigenziali ai quali la disposizione possa essere applicata, senza che la compressione della tutela dei dati personali risulti priva di adeguata giustificazione, in contrasto con il principio di proporzionalità;
- appartiene alla responsabilità del legislatore, nell'ambito dell'urgente revisione complessiva della materia, sia prevedere eventualmente, per gli stessi titolari degli incarichi dirigenziali indicati dall'art. 19, commi 3 e 4, modalità meno pervasive di pubblicazione, rispetto a quelle attualmente contemplate dal d.lgs. n. 33 del 2013, sia soddisfare analoghe esigenze di trasparenza in relazione ad altre tipologie di incarico dirigenziale, in relazione a tutte le pubbliche amministrazioni, anche non statali.

C. La posizione del **Garante per la protezione dei dati personali**.

Con **Nota del 31 maggio 2019** il **Presidente dell’Autorità Garante per la protezione dei dati personali** - in riscontro a specifica richiesta di parere avanzata dal Presidente ANAC in merito alle proprie indicazioni formulate con la richiamata delibera n.586/2019 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20/2019 – ha rilevato che *“una interpretazione particolarmente ampia della pronuncia della Corte, come quella resa da codesta Autorità nella propria delibera, si presterebbe a rinnovate censure, rilevabili anche in sede contenziosa, considerato che gli stessi giudici costituzionali hanno affermato che «indicare la soluzione più idonea a bilanciare i diritti antagonisti» rientra «nella ampia discrezionalità del legislatore», ritenendo pertanto che ...”**la materia dovrebbe trovare adeguata soluzione in sede legislativa**”.*

D. Le successive ulteriori disposizioni normative e di attuazione

In attesa dell’intervento legislativo chiarificatore sull’applicazione dell’art. 14, comma 1-bis con riferimento alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali (art. 14, co. 1, lett. f) – evidenziato anche nella richiamata sentenza della Corte Costituzionale – ANAC, con **Comunicato del 4 dicembre 2019**, demandava alle Regioni, nella fase transitoria, l’identificazione (entro il 1 marzo 2020), in appositi atti legislativi, ovvero normativi o amministrativi generali, naturalmente ciascuna in base alle proprie scelte autonome, degli strumenti utili all’attuazione della norma tenuto conto delle peculiarità del proprio assetto organizzativo e alla luce dell’intervento della Corte Costituzionale e della delibera Anac n. 586/2019.

In ragione di quanto precede, l’Autorità con **Delibera n. 1126 del 4 dicembre 2019** disponeva di rinviare l’avvio dell’attività di vigilanza sulla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti alla data del 1° marzo 2020. Contestualmente, la stessa Autorità, alla luce dell’ordinanza cautelare del TAR Lazio n.7579 del 21 novembre 2019, deliberava di sospendere l’efficacia della delibera 586/2019 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art.14, comma 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio.

Successivamente il **Decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 “Milleproroghe”** (convertito dalla **Legge 28 febbraio 2020, n. 8**), all’articolo 1, comma 7, ha disposto che, fino al 31 dicembre 2020 nelle more dell’adozione di un regolamento ministeriale che individui i dati previsti dall’art. 14, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013 che devono essere pubblicati con riferimento ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali comunque denominati, nonché ai dirigenti sanitari di cui all’articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo, ai soggetti di cui all’articolo 14, comma i-bis, del d.lgs. n. 33/2013 non si applicano le misure sanzionatorie previste dagli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo. Nel Decreto Legge sono inoltre dettati i criteri da seguire nell’individuazione dei dati: graduazione degli obblighi di pubblicazione dei dati di cui al comma 1, lett. b) (*curriculum*) e lett. e) (*gli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l’indicazione dei compensi spettanti*) in relazione al rilievo esterno dell’incarico, al livello di potere gestionale e decisionale esercitato e previsione della sola comunicazione alle amministrazioni di appartenenza dei dati relativi alle dichiarazioni reddituali e patrimoniali.

Il **TAR Lazio**, Sezione I, con **sentenza n. 12288/2020** (pubblicata il 20/11/2020), ha annullato la delibera n. 586 del 2019 del 26 giugno 2019 con cui l’ANAC ha dettato *“integrazioni e modifiche della*

delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019", e la deliberazione n. 775 del 6 settembre 2019 dell'Azienda sanitaria locale di Matera, con la quale è stata imposta la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari titolari di struttura complessa.

Da ultimo, con il **Decreto Legge 31 dicembre 2020 n. 183 "Milleproroghe"** (convertito dalla **Legge 26 febbraio 2021, n.21**), il termine entro il quale dovrà essere adottato il regolamento interministeriale sull'applicazione dell'articolo 14 alla dirigenza è stato posticipato al 30 aprile 2021 e fino alla medesima data sono sospese le sanzioni ad esso collegate (art. 1, comma 16).

E. La posizione dell'Azienda

In relazione a quanto sopra premesso e considerate anche le possibili conseguenze sanzionatorie derivanti dalla pubblicazione dei dati, non contrassegnata – allo stato attuale - da fondamento normativo certo, l'Azienda – sentito l'Organismo Indipendente di Valutazione – ritiene opportuno in via prudenziale non disporre la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali ex art.14, comma 1- *bis*, lett.f) del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), sino all'entrata in vigore dell'emanando Regolamento ministeriale.

Restano in ogni caso fermi gli obblighi di pubblicazione dei dati di cui all'art.14, comma 1-*bis*, lett. a), c) e d) nonché l'obbligo di comunicazione, con cadenza annuale, alla "UOC Gestione ed Amministrazione del personale" dei dati di cui all'art.13, comma 3, del DPR 62/2013, secondo le indicazioni appositamente fornite dalla Struttura medesima.

21. 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.