

Allegato 2.3.

2.3.1. Analisi del contesto di riferimento e processo seguito per la elaborazione della sezione del PIAO *Rischi corruttivi e trasparenza*

1. Analisi del Contesto esterno

Il processo di gestione del rischio in Ateneo prende avvio con l'analisi di contesto, che si sviluppa in un processo conoscitivo volto a verificare, con l'analisi del contesto esterno, l'impatto dell'ambiente socio-economico e territoriale di riferimento e, con l'analisi del contesto interno, il contesto organizzativo proprio dell'Amministrazione sul verificarsi del rischio.

Con riguardo al contesto esterno¹ nel quale opera il nostro Ateneo, come ricordato anche dall'**Anac**², *“Le forme di condizionamento dell'apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione capillare nel tessuto sociale, economico-impresonditoriale, politico e istituzionale”*; il principale ambito di corruzione si ravvisa nel settore degli appalti pubblici, a cui è ascrivibile una percentuale molto elevata dei fenomeni corruttivi, seguita in percentuali minori dai concorsi, le concessioni edilizie e procedimenti amministrativi vari.

Ai fini dell'analisi del contesto esterno, ulteriori dati dai quali non si può prescindere sono quelli relativi al tasso di povertà e alla dispersione scolastica, fenomeni entrambi presenti in Campania in percentuali notevolmente elevate, peraltro aumentate nel post pandemia da Covid 19.

Il dato relativo alla dispersione scolastica risulta particolarmente preoccupante anche perché collegato al fenomeno della criminalità minorile, correlato al più ampio fenomeno della criminalità organizzata. Sul punto, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2025 della Corte di Appello di Napoli, è stato evidenziato come sia *“allarmante la realtà della criminalità minorile nel distretto”* poiché *“sempre più minori sono coinvolti nelle associazioni camorristiche.”*

Come evidenziato in occasione della suddetta inaugurazione, in Campania è confermato che le attuali dinamiche criminali sono fortemente condizionate dalla presenza del fenomeno associativo di natura camorristica e tra le principali attività illecite svolte in forma organizzata si conferma l'attività di infiltrazione e corruzione delle PP.AA. o degli apparati economico finanziari.

Si segnala inoltre un *“inquinamento della pubblica amministrazione con la conseguente compromissione della vita politico-amministrativa... nell'assegnazione degli appalti”*; risultano in aumento i reati contro la P.A., le truffe e frodi informatiche.

Sussiste il concreto rischio che le organizzazioni criminali presenti sul territorio si adoperino per distrarre i fondi stanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR o Next Generation Italia) utilizzandoli per rafforzarsi ulteriormente, dopo aver già approfittato della fragilità economica indotta dall'emergenza pandemica e dal conseguente rallentamento di molte attività economiche.

¹ L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le peculiarità dell'ambiente nel quale l'Amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. In particolare, la valutazione del contesto esterno riguarda le caratteristiche dell'ambiente, le dinamiche sociali, territoriali e settoriali e in che modo i portatori di interessi esterni possono influenzare le attività e gli interlocutori dell'ente; riguarda altresì come le caratteristiche ambientali possano incidere sul verificarsi di fenomeni corruttivi in senso ampio, come possono condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio delle misure di prevenzione. L'importanza di tale processo è esplicitamente indicata nel PTPCT 2023-2025 dell'Anac, nel quale è previsto che l'analisi del contesto esterno fornisca all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione o l'ente agiscono. A ciò si aggiunga che l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione del PIAO, utile per la scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico; ne risulta in questo modo rafforzata anche la logica di integrazione tra gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza e gli altri obiettivi programmatici dell'amministrazione, richiesta dal su citato PTPCT 2023-2025.

² Dal rapporto Anac *“La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”*

Come evidenziato anche nella già citata relazione³, sono allarmanti anche i dati relativi alla “devastazione dell’ambiente e del territorio ove l’illegalità diffusa si sposa agli interessi economici di settori dell’imprenditoria e della criminalità organizzata”

Nell’opera di contrasto alla distrazione/sottrazione delle risorse pubbliche il ruolo della Guardia di Finanza risulta essenziale. Proprio in considerazione della notevole incidenza dell’operato della Guardia di Finanza sul territorio, l’Ateneo ha siglato un [protocollo d’intesa](#) con la Guardia di Finanza finalizzato principalmente a consolidare la collaborazione e a garantire in generale un presidio di legalità ed, in dettaglio, a tutela del corretto impiego delle risorse provenienti dal programma di investimento Next Generation EU, con specifico riguardo agli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) e dal Piano complementare, nell’ambito della missione “Istruzione e Ricerca”.

Con la sottoscrizione di tale protocollo si è quindi inteso rafforzare una collaborazione volta alla realizzazione di un tempestivo flusso informativo per la tutela della spesa pubblica nazionale e comunitaria, mediante invio di dati, informazioni, notizie qualificate, valutazioni sul rischio frode e analisi di contesto utili per la prevenzione e la repressione di irregolarità, frodi e abusi.

2. Analisi del Contesto interno

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. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza”.

Per una panoramica aggiornata dell’organizzazione dell’Ateneo e della complessità dello stesso, si fa rinvio alla specifica sezione del PIAO: cfr. *Sezione 3 - Organizzazione e capitale umano*.

In relazione ai casi di *maladministration* verificatisi e alle relative modalità di realizzazione sono state analizzate alcune tra le fonti interne di maggior rilevanza, ovvero i dati comunicati dai competenti Uffici di *staff* del Direttore Generale e dell’Area *Affari legali Privacy e Trattamenti Accessori e Pensionistici*, dai quali risulta che nel 2024:

a) in relazione agli incarichi extraistituzionali, sono stati autorizzati al personale tecnico-amministrativo e dirigente n. 175 incarichi extraistituzionali retribuiti, di cui n. 4 revocati perché non svolti dall’istante e n. 1 annullato d’ufficio. Per n. 2 istanze vi è stato un provvedimento di diniego. Sono, inoltre, pervenute n. 27 comunicazioni di incarichi extraistituzionali gratuiti e n. 92 comunicazioni di incarichi non soggetti ad autorizzazione. Relativamente al personale docente e ricercatore sono state rilasciate n. 500 autorizzazioni per incarichi extraistituzionali, di cui n.396 a titolo retribuito e n. 104 a titolo gratuito, mentre n. 5 non sono state autorizzate.

A conclusione della verifica ordinaria effettuata ai sensi della legge n. 662/96 e del Regolamento di Ateneo del Servizio Ispettivo nei confronti delle n. 85 unità di personale tecnico-amministrativo e dirigente sorteggiate, sono state accertate n. 3 violazioni; nei confronti delle n. 110 unità di personale docente e ricercatore sorteggiate, sono state accertate n. 3 violazioni;

b) di n. 9 procedimenti disciplinari, tutti avviati nei confronti di unità di personale tecnico-amministrativo, quattro sono stati archiviati, tre sono ancora *in itinere* mentre per due è stata irrogata una sanzione. Relativamente ai procedimenti ancora in corso è stato contestato ad un dipendente il possesso della partita IVA, lo svolgimento di attività libero-professionista e compensi indebitamente percepiti in quanto derivanti dallo svolgimento di detta attività, il tutto incompatibile con lo *status* di dipendente pubblico con regime di impegno a tempo pieno; per altri due dipendenti è stata contestata la violazione degli obblighi previsti dall’art. 23, comma 1 lett. f) e h) del CCNL 2019-2021, degli obblighi derivanti dai vigenti Codici di Comportamento Nazionale e di Ateneo e dal vigente Codice Etico di questo Ateneo, con particolare riferimento al punto 2, lettera f) del Preambolo. E’ stato invece sanzionato con una multa pari a tre ore di

³ Relazione inaugurazione anno giudiziario 2025 della Corte di Appello di Napoli.

retribuzione il comportamento ostile e ingiurioso posto in essere da un dipendente dell'Ateneo nei confronti di alcuni studenti, con condotta non conforme ai principi di correttezza nei confronti di tutti gli utenti presenti all'accaduto, che ha determinato una inadempienza reiterata dei propri compiti d'ufficio causando effetti negativi "sul benessere degli studenti" e compromesso l'immagine dell'Istituzione Universitaria in violazione delle disposizioni di servizio interne, degli obblighi previsti dall'art.11 del CCNL all'epoca dei fatti, dei Codici di Comportamento Nazionale e di Ateneo e dei principi desumibili dai Codici di Ateneo Etico e per la tutela della dignità della persona. È stato altresì sanzionato con la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per n. 5 giorni il comportamento di un dipendente, aggressivo, ostile e denigratorio, che ha assunto la forma di violenza morale, adottato durante l'orario di servizio nei confronti della compagna, non dipendente dell'Ateneo, con conseguente danno all'immagine in violazione dell' art.11 del C.C.N.L. vigente all'epoca dei fatti, dei principi desumibili dai vigenti Codici di Ateneo Etico e di Condotta per la tutela della dignità della persona e dei Codici di Comportamento Nazionale e di Ateneo;

c) relativamente ai contenziosi dinnanzi alle giurisdizioni contabili nei confronti di personale docente per violazione dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, vi sono due giudizi pendenti in primo grado mentre in appello pendono tre giudizi avverso altrettante sentenze di condanna pronunciate nel 2023; pende un giudizio in Cassazione per revocazione avverso una sentenza di condanna e vi sono stati due riti abbreviati con conseguente pagamento di somma ridotta;

d) relativamente ai contenziosi dinnanzi al giudice del lavoro vi è stata una condanna nei confronti dell'Ateneo per un infortunio nei locali dell'Ateneo ed una sentenza di rigetto del ricorso proposto da un dipendente avverso il provvedimento di licenziamento per giusta causa all'esito di una vicenda di molestie a sfondo sessuale, con la condanna del dipendente medesimo alla refusione delle spese di lite;

e) relativamente ai reati commessi da dipendenti dell'Ateneo nell'esercizio delle proprie funzioni, si riferisce di un procedimento penale, avente ad oggetto il reato ex art. 353 c.p., concluso con sentenza di non luogo a procedere nei confronti del docente di ateneo per non aver commesso il fatto;

f) n. 32 segnalazioni pervenute tramite canali riservati alle quali è stato dato seguito adottando i provvedimenti di competenza, di cui n. 6 aventi ad oggetto comportamenti molesti, aggressivi, disturbatori e inadeguati nei confronti di studenti, docenti e personale t.a.; n. 1 avente ad oggetto una risposta sgarbata ricevuta da un'operatrice telefonica del centralino di Ateneo a seguito di richiesta di informazioni; n. 4 aventi ad oggetto diverse procedure concorsuali; n.1 avente ad oggetto presunte irregolarità scaturenti dalla sigla del Protocollo d'intesa Regione Campania AOU Federico II di Napoli; n. 1 avente ad oggetto atti di terrorismo psicologico subiti da due docenti da parte di personale t.a.; n. 1 per frasi diffamatorie sull'Ateneo, rilasciate sul social network Facebook; n. 1 per una richiesta di un dipendente sulla verifica di sicurezza della postazione lavorativa; n. 2 segnalazioni su presunte irregolarità in ordine alla frequenza in altrettante Scuole di Specializzazione; n. 1 informativa sul rinvenimento di un casco da motociclista e di una pistola giocattolo presso una sede dell'Ateneo; n. 1 su criteri valutativi di un esame; n. 2 esposti nei confronti di un istituto di vigilanza privata per abuso di potere, caporalato, estorsione; n. 1 per spese irregolari effettuate con fondi pubblici; n. 1 denuncia sull'irregolarità nell'esercizio della professione di un docente; n. 1 denuncia di un dipendente per una possibile frode informatica subita; n. 1 per furto risme carta; n. 2 su presunte dichiarazioni mendaci prodotte da candidati in due diverse procedure concorsuali; n.1 per un litigio tra due dipendenti con richiesta di procedimento disciplinare poi archiviata; n. 1 richiesta di chiarimenti su presunti incarichi che docenti avrebbero svolto presso una sedicente Università straniera non riconosciuta come tale in Italia; n. 1 per comportamenti ostili a carico di un dipendente di uno dei parcheggi dell'Ateneo; n. 1 per ritrovamento di un bossolo presso due diverse sedi dell'Ateneo; n. 1 in docente in pensione che non avrebbe avuto titolo per insegnare;

g) nessuna segnalazione pervenuta tramite la piattaforma del *whistleblowing*.

Per quanto attiene al livello di percezione della corruzione in Ateneo, in attuazione di specifica azione programmata anche per il 2025 (appendice 2.2.A del PIAO 25/27) sono stati somministrati due sondaggi anonimi rivolti ai Capi reparto e ai Capi settore dell'Amministrazione centrale.

Coloro che hanno risposto hanno dichiarato di avere una buona conoscenza della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, del Codice di Comportamento dell'Ateneo, della Sezione *Rischi corruttivi e Trasparenza* del P.I.A.O. di Ateneo e di essere a conoscenza dell'esistenza della piattaforma Whistleblowing di Ateneo; solo un intervistato ha dichiarato di avere avuto notizia e/o assistito ad abusi o fenomeni corruttivi in modo ricorrente. Si evidenzia, tuttavia, una partecipazione limitata al sondaggio.

2.3.2. Rotazione ordinaria del personale e misure di contenimento del rischio

1. Rotazione ordinaria del personale

La rotazione ordinaria del personale è una misura generale di prevenzione della corruzione: diversamente dalla rotazione cd. "straordinaria"⁴, quella ordinaria è **un'autentica misura di prevenzione**, in quanto tende ad evitare il formarsi ed il consolidarsi di posizioni di monopolio decisionale o di accesso ad informazioni privilegiate in ambiti esposti al rischio di corruzione, favorendo la circolazione delle competenze e di dati ed informazioni e, in ultima analisi, il controllo esterno/interno ed il miglioramento complessivo della qualità dell'azione amministrativa.

2. Misure di contenimento e confinamento del rischio.

Per il triennio 2025-2027 è previsto il ricorso a misure di contenimento e confinamento del rischio nell'ambito di tutti i processi a rischio corruzione **ALTO** dell'Area Attività contrattuale, dell'Area Prevenzione e Protezione, dell'Area Edilizia e dell'Area Risorse umane.

Al riguardo sono confermate le seguenti misure:

- A. in calce a ciascun atto dovrà essere indicato con chiarezza il nominativo del personale che (a vario titolo e nel rispetto del grado di autonomia correlato alla categoria di appartenenza) ha contribuito all'istruttoria;
- B. il dirigente di norma non potrà assumere nei procedimenti di competenza anche la veste di responsabile del procedimento; in caso di impossibilità di rispettare tale disposizione, il dirigente dovrà inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organismi di Ateneo;
- C. le note a firma del Dirigente/DG/Rettore (ad eccezione di quelle aventi natura di mera comunicazione/notifica di provvedimenti già adottati), **prima dell'invio al dirigente dell'Area, dovranno essere firmate dai capi Ufficio in qualità di Responsabili dei relativi procedimenti**;
- D. ciascun atto dovrà recare la firma del responsabile del procedimento, del dirigente e del soggetto competente all'emanazione; pertanto, considerato che quest'ultimo in alcuni casi coincide con lo stesso dirigente, l'atto recherà almeno una doppia firma; qualora l'atto non sia firmato dal responsabile del procedimento in quanto il dirigente ha ritenuto di discostarsi dalla proposta formulata dallo stesso all'esito dell'istruttoria, il responsabile e il dirigente dovranno inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organismi di Ateneo;
- E. per i provvedimenti registrati nel repertorio IA, prima dell'invio all'organo competente per la sottoscrizione, dovrà essere riportato – all'atto dell'invio tramite la piattaforma di protocollo E-grammata - necessariamente il VISTO da parte del Capo Ufficio in qualità di Responsabile del relativo procedimento (o, in caso di assenza, da parte del facente funzione); qualora l'atto non sia vistato dal Capo Ufficio (o, in caso di assenza, da parte del facente funzione) in quanto il dirigente ha ritenuto di discostarsi dalla proposta formulata dallo stesso all'esito dell'istruttoria, il responsabile e il dirigente dovranno inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organismi di Ateneo.

⁴ La rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d. lgs. 165/01 si configura, essenzialmente, come misura successiva (e non preventiva) da adottarsi in conseguenza dell'effettivo riscontro di fatti e condotte di natura corruttiva cui segue l'avvio di un procedimento penale o disciplinare.

2.3.3. Ulteriori misure generali finalizzate alla prevenzione della corruzione

1. Formazione sui temi dell'etica, della legalità e dell'anticorruzione

La formazione è considerata senz'altro una tra le principali misure di prevenzione della corruzione dell'Ateneo, in quanto trattasi di strumento strategico di promozione e diffusione della cultura della legalità, finalizzata al tempo stesso al miglioramento del ciclo di gestione del rischio corruzione ed all'incremento della qualità delle prestazioni.

Gli interventi formativi si articolano in due livelli:

- formazione di livello generale;
- formazione di livello specifico.

La formazione di livello generale comprende le azioni formative finalizzate alla diffusione e condivisione dei valori connessi all'etica, nonché alla diffusione della conoscenza dei codici di comportamento e del presente Piano. La formazione di livello specifico è diretta ai seguenti destinatari:

- Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- tutti i Dirigenti dell'Ateneo, nella qualità di Referenti dell'Anticorruzione delle Strutture dell'Amministrazione.

La formazione specifica di talune figure apicali assume particolare rilievo, in quanto consente alle stesse, in un meccanismo formativo di tipo *top-down*, di assumere la veste di formatori interni, ossia di diffondere le conoscenze acquisite, anche tramite *focus group*.

L'Ufficio formazione (U.F.O.) e la RPCT curano l'organizzazione di corsi in materia di etica, prevenzione della corruzione e trasparenza, nonché l'iscrizione, previa autorizzazione del DG, ad ulteriori corsi in materia nelle specifiche aree di rischio (corsi riportati nell'appendice 3.4 al PIAO o ulteriori corsi proposti dal singolo dirigente/responsabile di Struttura o dai Funzionari/EP con incarico di responsabilità per specifiche esigenze, ad es. in seguito all'introduzione di novità normative).

Per quanto riguarda gli approcci didattici, per la formazione di livello generale proseguirà preferibilmente il ricorso a metodologie telematiche, stante la numerosità del personale coinvolto.

L'organizzazione delle iniziative avverrà *in house* (piattaforma del Centro Federica di Ateneo o piattaforma Teams) o, in alternativa, presso la SNA e mediante corsi offerti sul mercato.

Il dettaglio delle iniziative formative (differenziate per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono nell'ambito del sistema di prevenzione del rischio corruttivo) è definito dalla RPCT - con il supporto dell'Ufficio Formazione e sentiti i dirigenti delle Aree – e reso noto sul sito web di Ateneo, in pagine web 'dedicate' costantemente aggiornate, i cui *link* sono riportati nelle circolari in materia nonché nell'*area riservata* di ciascuna unità di personale dirigenziale e t.a., alla voce FORMAZIONE.

2. Codice di comportamento

Tra le misure chiave della complessiva strategia delineata dalla L. n. 190/2012 rientra l'adozione dei Codici di comportamento, diretti a regolare le condotte dei pubblici dipendenti e ad orientarle verso la miglior cura dell'interesse pubblico.

L'ANAC è intervenuta con il PNA 2022 evidenziando che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del valore pubblico e che, per favorire la creazione di valore pubblico occorre anche migliorare la regolamentazione interna a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi.

L'Ateneo ha adottato il proprio Codice di Comportamento nell'anno 2014; sulla base dell'esperienza maturata in sede di prima applicazione, il Codice è stato rivisitato in alcuni punti e, a valle di una consultazione pubblica e del parere del Nucleo di Valutazione di Ateneo, è stato approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione del 29.01.2015, n. 47 (appendice 2.3.G al presente allegato del PIAO, visualizzabile anche sull'apposita [pagina del sito web di Ateneo](#)): si segnala che l'art. 2, rubricato "*ambito di applicazione*", ai

commi 2 e 4 prevede (conformemente all'art. 2, comma 2, del Codice di Comportamento Nazionale) che le norme ivi contenute costituiscono, per il personale docente e ricercatore, principi generali di comportamento, per quanto compatibili con le disposizioni dei rispettivi ordinamenti.

È in corso in Ateneo la revisione del Codice vigente.

3. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Come noto, l'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 e s.m.i. ha introdotto l'art. 6-*bis* nella L. n. 241 del 1990: *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale"*. Questa norma disciplina in maniera generale gli obblighi del dipendente in caso di emersione del conflitto, ma non è l'unica⁵.

Il Codice di Comportamento di Ateneo richiama espressamente gli obblighi di dichiarazione ed astensione posti a carico del dipendente. Al riguardo, sull'apposita [pagina del sito web di Ateneo](#), è possibile consultare le note con cui sono state diramate a tutti gli Uffici e Strutture di Ateneo, tra l'altro, specifiche istruzioni relative agli adempimenti connessi alle ipotesi eventuali di conflitto di interesse; nella medesima pagina sono inoltre disponibili i *facsimile* da utilizzare per le dichiarazioni da rendere in attuazione dell'art. 5 e dell'art. 6, comma 1 del vigente Codice di Comportamento di Ateneo e per la [comunicazione in merito all'astensione in caso di conflitto di interessi](#).

Con [decreto rettorale n. 3250 del 13/10/2020](#), consultabile sul sito web di Ateneo, sezione [Amministrazione Trasparente/altri contenuti/prevenzione della corruzione](#), è stata disciplinata l'individuazione del titolare del potere valutativo/sostitutivo in caso di conflitto di interesse del Direttore Generale o dei Dirigenti dell'Ateneo, nelle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici, così come previsto dalle disposizioni del Codice di Comportamento di Ateneo e dalle linee guida dell'ANAC n. 15 approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019.

Nel corso del 2024, l'Ufficio Etica e Trasparenza, al fine di sensibilizzare tutto il personale di Ateneo sugli obblighi di astensione in caso di conflitto di interesse, ha emanato una circolare in materia, trasmessa con nota n. 118549 del 24/09/2024 a tutte le strutture, nonché pubblicata sul sito web di Ateneo al seguente link http://www.unina.it/-/53238836-circolari_anno_2024.

La sensibilizzazione in ordine all'individuazione ed al "riconoscimento" in concreto delle situazioni di conflitto ed ai correlati doveri proseguirà nel triennio 2025/2027 nell'ambito dei *focus group* a cura dell'Ufficio Etica e Trasparenza; a ciò si accompagna una specifica iniziativa formativa in materia, in modalità e-learning.

3.1. Controlli sul conflitto di interessi

Nel triennio 2025/2027 sono confermate le misure relative alle dichiarazioni di assenza di conflitto e, ai fini del controllo a campione delle stesse, si procederà con le modalità di seguito riportate, che tengono conto delle risorse disponibili e del carico di lavoro degli Uffici coinvolti.

Proseguirà - in attuazione di specifica azione programmata nell'appendice 2.3.A del PIAO - la verifica annua delle dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interesse rese (dai vari soggetti a ciò tenuti in attuazione della vigente normativa e del PIAO di Ateneo) nell'ambito di due procedure di affidamento, estratte a sorte tra tutte le procedure di gara aggiudicate dall'Università nel periodo di riferimento (la verifica 2025 sarà effettuata con riferimento al periodo 01/07/2024 - 30/06/2025).

⁵ E' noto che la prima situazione di conflitto di interessi disciplinata in maniera puntuale nella fattispecie e nelle conseguenze è quella contenuta negli artt. 51 e 52 del Codice di Procedura Civile, concernente il conflitto di interessi del giudice ed il correlato obbligo di astensione. La norma processualcivile è stata per lungo tempo l'unica in materia e a tutt'oggi è importante riferimento per individuare le fattispecie di conflitto rilevante (es.: relazioni di parentela, di inimicizia, e, soprattutto, la presenza di un interesse personale che potrebbe influenzare la serenità e l'imparzialità del giudizio). Di seguito, il TUEL (artt. 77 e 78) e il Codice di Comportamento Nazionale (d.P.R. 62/2013), che enfatizza i doveri di astensione e di dichiarazione ed il Codice dei Contratti, che - in un ambito particolarmente sensibile ed esposto al rischio corruttivo - dà rilievo al conflitto anche solo apparente.

Il campione da sottoporre a verifica ordinaria viene determinato con un'estrazione casuale, effettuata nel secondo semestre di ciascun anno mediante apposita procedura informatica predisposta dal Centro di Ateneo per i Servizi Informativi (già utilizzata in Ateneo per altre estrazioni), previa pubblicazione sul sito web di Ateneo di un apposito avviso; a titolo esemplificativo, si veda l'[avviso relativo allo svolgimento del sorteggio effettuato nel 2024](#).

In attuazione di una specifica azione introdotta con il P.I.A.O. 2024/2026 e confermata nella citata appendice 2.3.A, proseguirà la verifica delle dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interesse rese all'atto dell'assegnazione all'Ufficio/struttura di afferenza.

Il campione da sottoporre a verifica - ossia 2 neoassunti o dipendenti assegnatari di una nuova sede di servizio dal 1° ottobre 2024 al 30 settembre 2025 - viene determinato con un'estrazione casuale, mediante la predetta procedura informatica predisposta dal Centro di Ateneo per i Servizi Informativi, anche in tal caso previa pubblicazione sul sito web di Ateneo di un apposito avviso; a titolo esemplificativo, si veda l' [avviso relativo allo svolgimento del sorteggio](#) pubblicato sul sito web di Ateneo il 24/09/2024.

All'attività di verifica a campione "ordinaria" di cui sopra si affiancherà un'attività di verifica "straordinaria" in ordine alle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rese in qualsiasi tipologia di procedura (quindi anche al di fuori dell'area di rischio dei contratti pubblici) a seguito di eventuali segnalazioni, pervenute anche mediante la piattaforma del *whistleblowing*.

Per quanto concerne possibili situazioni di conflitto di interesse in sede di stipula con soggetti privati e successiva attuazione delle convenzioni per il finanziamento di posti di professore e ricercatore, il processo a rischio è attualmente presidiato da una specifica misura, come nel precedente PIAO.

Con specifico riferimento agli incarichi dirigenziali, si segnala che, già con nota prot. 49422/2014, sono state fornite indicazioni in ordine agli adempimenti relativi ad eventuali ipotesi di conflitto di interesse e, alle stesse, è stata data attuazione a partire dall'anno 2015. L'Ufficio Affari Speciali del Personale (UASP) acquisisce le dichiarazioni dei redditi e le dichiarazioni sostitutive trasmesse dai dirigenti, provvede ad esaminare le dichiarazioni rese dagli stessi ai sensi dell'art. 13 dei vigenti codici di Comportamento nazionale e di Ateneo ed a confrontare le dichiarazioni dei redditi relative a ciascun anno di presentazione rispetto a quelle acquisite per l'anno precedente.

L'UASP, inoltre, provvede a verificare, presso le competenti sedi territoriali dell'Agenzia delle Entrate, l'assenza di dichiarazioni di redditi per i Dirigenti che - relativamente all'anno oggetto della verifica - non ne hanno dichiarato la presentazione (misura confermata nel presente Piano).

4. Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali e di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Come è noto, la L. n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 ed il d.lgs. n. 39 del 2013 ha innovato - in ottica di prevenzione - la disciplina in materia di inconferibilità di incarichi presso le pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

In attuazione di tale normativa questo Ateneo ha provveduto ad adeguare il Regolamento sugli incarichi extraistituzionali al personale tecnico-amministrativo e dirigenziale con D.R. n. 1651 del 18.05.2015 assieme alla relativa modulistica reperibile nell'apposita [pagina del sito web di Ateneo](#) ed, altresì, a richiedere ai Dirigenti dell'Ateneo di produrre specifiche dichiarazioni in ordine alla insussistenza di cause di inconferibilità ostative alla permanenza dell'incarico dirigenziale. Tali dichiarazioni sono pubblicate sul sito di Ateneo all'indirizzo <http://www.unina.it/trasparenza/personale/dirigenti>.

In continuità con le annualità precedenti, per gli incarichi dirigenziali e di vertice (incarico di Direttore Generale) nell'Ateneo, è prevista - quale specifica misura di prevenzione della corruzione da attuare qualora siano attribuiti nuovi incarichi - l'acquisizione dei certificati del casellario giudiziario e dei carichi pendenti da parte della Procura della Repubblica competente, in funzione di verifica delle specifiche dichiarazioni rese dai Dirigenti in ordine alla insussistenza di cause di inconferibilità.

Inoltre, si continua a richiedere ai Dirigenti dell'Ateneo di produrre specifiche dichiarazioni in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità ostative alla permanenza dell'incarico dirigenziale. Le dichiarazioni rese sono pubblicate sul sito di Ateneo all'indirizzo <http://www.unina.it/trasparenza/personale/dirigenti>.

Infine, in continuità con le annualità precedenti, anche per il triennio 2025/2027, con riferimento al conferimento di incarichi dirigenziali e di vertice nell'Ateneo, si prevede, quale specifica misura di prevenzione della corruzione, la verifica sull'eventuale iscrizione al registro delle imprese presso la Camera di Commercio, dell'Industria e dell'Artigianato, con un controllo su tutto il territorio nazionale, in funzione di verifica delle specifiche dichiarazioni rese da tali soggetti in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità.

5. Disciplina specifica in materia di formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica Amministrazione

In attuazione dell'art. 35 bis del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., questo Ateneo ha adottato:

1. il *Regolamento per l'accesso ai ruoli a tempo indeterminato del personale tecnico-amministrativo*;
2. il *Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo presso l'Università degli Studi Federico II*;
3. il *Regolamento per l'accesso al ruolo a tempo indeterminato del personale dirigente di II fascia e modalità di conferimento di incarichi dirigenziali di II fascia, a tempo determinato, a persone non appartenenti al ruolo dirigenziale*.

Inoltre, vengono acquisite specifiche dichiarazioni in ordine all'assenza delle condizioni ostative di cui all'art. 35 bis da parte dei membri delle Commissioni di concorso e di procedure selettive, dei membri delle Commissioni per l'erogazione di sussidi al personale dipendente e dei responsabili degli uffici di cui al punto b) dell'articolo medesimo.

In continuità con quanto già svolto negli anni precedenti, nel 2024 sono stati effettuati i controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai soggetti di cui sopra; tale attività di controllo prosegue anche nel triennio 2025/2027; la modulistica di Ateneo in materia è stata aggiornata alle modifiche normative intervenute.

6. Disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*)

Tra le misure di prevenzione della corruzione, particolare rilievo assume il divieto di *pantouflage*, misura che agisce sulla fase successiva alla cessazione del rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione.

Il *pantouflage* è previsto dagli artt. 53, co.16 ter, d. lgs n.165/2001 e 21 del d.lgs. n. 39/2013, ai sensi dei quali i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (cd. "*periodo di raffreddamento*"), attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Come evidenziato nel parere approvato dal Consiglio dell'Autorità il 28.11.2024 - consultabile nel testo integrale sul sito dell'ANAC - il divieto di **pantouflage** "*è volto a ridurre il rischio di pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali da parte di soggetti privati, che potrebbero prospettare al dipendente pubblico opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio.*"

Con [delibera n. 493 del 25 settembre 2024](#), l'Anac ha emanato le Linee Guida n. 1 – **cui si fa rinvio** - intervenendo allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato⁶ e per orientare meglio le amministrazioni nella individuazione di misure di prevenzione del *pantouflage*.

In caso di violazione del divieto sono previste specifiche sanzioni che hanno effetti sul contratto di lavoro dell'ex dipendente pubblico presso il soggetto privato - nuovo datore di lavoro - e sull'attività contrattuale dei soggetti privati che abbiano assunto o conferito un incarico all'ex dipendente pubblico.

In particolare, circa i profili sanzionatori si prevede:

⁶ Tali Linee Guida integrano quanto già indicato in tema nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

- la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto;
- l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati;
- il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni che grava sui soggetti che hanno concluso i contratti o conferito gli incarichi in violazione del divieto.

Questa Amministrazione per combattere il fenomeno del *pantouflage* ha adottato e diverse misure specifiche.

Già dall'anno 2015, si è prevista la sottoscrizione di una appendice integrativa nei contratti di assunzione del personale dirigenziale, contenente una clausola con il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Amministrazione presso i destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente; allo stato tale clausola è inserita in tutti i contratti di assunzione del personale dirigenziale.

Successivamente, nel corso degli anni, sono state introdotte le seguenti misure:

A. nei contratti di affidamento stipulati viene inserita la clausola di seguito riportata: *"il contraente dichiara di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei propri confronti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto; di essere consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti; di impegnarsi, laddove la stazione appaltante lo richieda, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ad inviare l'organigramma aggiornato di tutti i dipendenti (a qualunque titolo assunti aventi funzioni negoziali e/o poteri autoritativi) afferenti gli ultimi tre anni a far data dal provvedimento di aggiudicazione/affidamento relativo alla procedura di cui al presente contratto";*

B. per gli affidamenti diretti, in sede di avvio delle trattative e nella comunicazione di avvenuto affidamento, vengono ricordate espressamente agli affidatari le prescrizioni dell'art. 53, comma 16-ter (riportandone per esteso il testo) e le sanzioni ivi previste per le eventuali violazioni.

2.3.4 La disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Come è noto, con l'espressione whistleblowing si fa riferimento alla segnalazione di un illecito allo scopo di far emergere e/o prevenire situazioni che pregiudicano la buona amministrazione e l'interesse pubblico collettivo.

Il segnalante è colui il quale - nel proprio contesto lavorativo - si accorge e/o viene a conoscenza di fatti e condotte scorrette, di pericolo o altro serio rischio che possa danneggiare l'interesse pubblico e/o il principio di imparzialità della pubblica amministrazione.

Chi segnala, dunque, fornisce informazioni che possono portare all'indagine, all'accertamento e al perseguimento dei casi di violazione delle norme, rafforzando in tal modo i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni democratiche. Pertanto, il whistleblowing diviene un fondamentale strumento di contrasto e prevenzione della corruzione e della cattiva amministrazione.

L'Ateneo si è sin da subito adeguato al dettato normativo, prevedendo la possibilità di presentare segnalazioni di condotte illecite mediante inserimento delle informazioni nel sistema informatico predisposto dall'Amministrazione sul sito web di Ateneo, nell'ambito dell'area riservata di ciascun dipendente, nella sezione dedicata all'anticorruzione, garantendo l'anonimato del segnalante.

La gestione del canale di segnalazione interna è affidata alla Responsabile dell'Ufficio Etica e Trasparenza, che supporta la RPCT di Ateneo; il personale di tale ufficio è stato specificamente formato per la gestione del suddetto canale interno di segnalazione, così come previsto dalla suindicata normativa.

Nel sito web di Ateneo, all'interno della sezione Amministrazione Trasparente, è stata creata una pagina specifica dedicata alle segnalazioni di illeciti denominata "Whistleblowing" tramite la quale poter accedere ai canali di segnalazione.

Recependo le Linee Guida ANAC n. 311/2023 l'Ateneo ha dettato disposizioni relative alle segnalazioni whistleblowing che di seguito si riportano, con riserva di aggiornare le stesse a seguito di introduzione – programmata nei primi mesi del 2025 - della nuova piattaforma:

1. FONTI NORMATIVE

Il **whistleblowing**, misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni, è stato introdotto dalla **legge 6 novembre 2012, n. 190** "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*". Con la **legge 30 novembre 2017, n.179** "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*" il legislatore è intervenuto per incentivare l'uso di tale strumento, rafforzando la tutela del dipendente pubblico autore di segnalazioni di condotte illecite - di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro - al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza o all'ANAC o denunciava all'Autorità giudiziaria ordinaria e/o a quella contabile.

Con il **d.lgs. n. 24 del 10/03/2023** "[Attuazione della direttiva \(UE\) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali](#)" il legislatore pone in essere una rilevante riforma normativa, introducendo novità di rilievo relativamente alla trasparenza e alla responsabilità in materia.

Tra le novità più significative previste dal predetto decreto si segnala:

- **l'estensione dell'ambito soggettivo** di applicazione della normativa in questione (cfr. *infra*);
- **l'estensione della tutela anche ai casi di segnalazioni o divulgazioni rivelatesi poi infondate**, qualora il segnalante abbia avuto fondati motivi di ritenere che le violazioni fossero vere (cfr. *infra*);
- **rafforzamento della tutela della riservatezza del segnalante**⁷;
- **introduzione di modifiche in campo sanzionatorio**⁸.

⁷ L'identità del segnalante non può essere rivelata a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. La protezione riguarda non solo il nominativo del segnalante, ma anche tutti gli elementi della segnalazione dai quali si possa ricavare, anche indirettamente, l'identificazione del segnalante.

Inoltre, la segnalazione è sottratta al diritto di accesso agli atti amministrativi e al diritto di accesso civico generalizzato.

La protezione della riservatezza infine è estesa all'identità delle persone coinvolte e delle persone menzionate nella segnalazione fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione, nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante.

⁸ Sono previste le seguenti **sanzioni**:

Con la **delibera dell'ANAC n. 311 del 12 luglio 2023**, recante le "[Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne](#)", sono state meglio definite le fattispecie e le procedure previste dal d.lgs. n. 24 del 10/03/2023.

Tali linee guida recepiscono la Direttiva UE riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e forniscono indicazioni per la presentazione all'Autorità delle segnalazioni esterne e la relativa gestione, nonché indicazioni di cui gli enti pubblici e privati possono tener conto per i propri canali e modelli organizzativi interni.

In particolare, si precisa che:

a) le segnalazioni possono avere ad oggetto violazioni - compresi i fondati sospetti - di normative nazionali e dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Amministrazione pubblica, commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente. Le informazioni sulle violazioni possono riguardare anche le violazioni non ancora commesse ma che, ragionevolmente, il segnalante ritiene potrebbero esserlo sulla base di elementi concreti;

b) la tutela si applica non solo qualora la segnalazione, la denuncia o la divulgazione pubblica avvenga in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche anteriamente o successivamente alla costituzione del rapporto giuridico e, in particolare, se le informazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali, o durante il periodo di prova, nonché successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite nel corso dello stesso;

c) non possono essere oggetto di segnalazione le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale del segnalante o di chi ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero

- da 10.000 a 50.000 euro, quando si accerta che sono state commesse ritorsioni o quando si accerta che la segnalazione è stata ostacolata o che si è tentato di ostacolarla o che è stato violato l'obbligo di riservatezza;

- da 10.000 a 50.000 euro, quando si accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione, che non sono state adottate procedure per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l'adozione di tali procedure non è conforme a quella richiesta dalla legge, nonché quando si accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute;

- da 500 a 2.500 euro, nel caso di perdita delle tutele, salvo che la persona segnalante sia stata condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate; sono altresì escluse le ulteriori tipologie di violazioni indicate dal legislatore⁹;

d) i motivi che inducono la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della sua protezione; ciò in quanto l'obiettivo perseguito dal legislatore è di incoraggiare segnalazioni, divulgazioni pubbliche o denunce, a meno che non si tratti di interessi personali, al fine di far emergere - e così prevenire e contrastare - fatti illeciti di diversa natura attraverso i canali di segnalazione specificamente indicati nella normativa.

2. FINALITA'

Le iniziative adottate dall'Ateneo hanno lo scopo di facilitare il ricorso alla procedura del *whistleblowing* rimuovendo i fattori che possono ostacolarne o disincentivarne l'utilizzo: si tende ad eliminare eventuali dubbi ed incertezze circa la procedura da seguire per segnalare un illecito, nonché a neutralizzare il timore di eventuali ritorsioni e/o discriminazioni. Pertanto, in questo documento si illustra il funzionamento del sistema di gestione delle segnalazioni adottato dall'Ateneo, sia con riferimento alla disciplina delle politiche di tutela della riservatezza del segnalante che alla definizione del flusso informativo del processo con attori, ruoli, responsabilità e strumenti necessari al suo funzionamento.

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento a chi denuncia o riferisce alle autorità, pubblicamente o segretamente, attività illecite o fraudolente all'interno di un'amministrazione. Procedere ad una segnalazione è un importante atto di manifestazione di senso civico, valorizzata in tutti i paesi più progrediti: attraverso la segnalazione, infatti, il *whistleblower* contribuisce all'emersione ed alla prevenzione di fattispecie di illecito nell'ambito dell'Amministrazione di appartenenza. Con l'espressione *whistleblowing* si fa riferimento all'insieme delle attività di regolamentazione delle procedure volte ad incentivare le segnalazioni ed a tutelare il *whistleblower*, proprio in ragione della funzione di tutela dell'interesse pubblico connessa al suo operato.

Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire e risolvere un problema internamente e tempestivamente. Tale sistema si compone di una parte "organizzativa" e di una parte "tecnologica". La parte "organizzativa" disciplina le politiche di tutela della riservatezza del segnalante, la parte "tecnologica" concerne il sistema applicativo per la gestione delle segnalazioni e comprende la

⁹ Le ulteriori tipologie di violazioni escluse sono:

- le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell'allegato al decreto ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell'Unione europea indicati nella parte II dell'allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell'allegato al decreto;

- le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o di sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea.

definizione del flusso informativo del processo con attori, ruoli, responsabilità e strumenti necessari al suo funzionamento (l'architettura del sistema *hardware* e *software*).

3. OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Ai sensi della normativa vigente non si individua una indicazione tassativa in merito a ciò che può essere oggetto di segnalazione; pertanto, possono essere oggetto di segnalazioni i comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato che consistono in:

- illeciti amministrativi, contabili, civili o penali;
- illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea o nazionali relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;
- atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione;
- atti od omissioni riguardanti il mercato interno;
- atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui agli atti dell'Unione.

Non possono essere oggetto di segnalazione:

- 1) Le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate.
- 2) Le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell'allegato al decreto ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell'Unione europea indicati nella parte II dell'allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell'allegato al decreto.
- 3) Le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o di sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea.

4. CANALI DI SEGNALAZIONE

Nel ribadire che le segnalazioni devono essere effettuate nell'interesse pubblico e che i motivi che hanno indotto la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della sua protezione, si rappresenta che chi intende procedere alla segnalazione di un illecito può utilizzare i seguenti canali:

- **interno**;
- **esterno** (ANAC);
- **divulgazione pubblica** (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
- **denuncia** all'Autorità giudiziaria o contabile.

Canale interno: nell'ambito dell'Università il segnalante deve prevalentemente utilizzare la predisposta piattaforma *whistleblowing*, adottando la procedura indicata al successivo art. 6.

Qualora per la segnalazione di illecito non venga utilizzata tale piattaforma, ma la segnalazione è inoltrata a strutture dell'Ateneo (ad es. alla Direzione Generale), chi riceve la segnalazione, ai sensi del d.lgs. n. 24/2023 art. 4 co. 6, è tenuto entro sette giorni dalla ricezione della segnalazione a darne notizia alla RPCT di Ateneo.

A chi va presentata la segnalazione interna

La segnalazione va indirizzata alla RPCT di Ateneo che gestisce il canale interno.

Se la segnalazione perviene erroneamente ad un Ufficio/Struttura di Ateneo, chi la riceve deve tempestivamente - e comunque, ai sensi del d.lgs. n. 24/2023 art. 4 co. 6, entro 7 giorni dalla ricezione della stessa - inoltrarla alla RPCT nel rispetto della garanzia di riservatezza.

Canale esterno (ANAC): il segnalante può utilizzarlo quando:

- non è prevista, nell'ambito del contesto lavorativo, l'attivazione obbligatoria del canale di segnalazione interna ovvero questo, anche se obbligatorio, non è attivo o, anche se attivato, non è conforme a quanto richiesto dalla legge;
- la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito;
- la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione potrebbe determinare un rischio di ritorsione;

- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;

Divulgazione pubblica: il segnalante può effettuarla direttamente quando:

- ha previamente inoltrato una segnalazione interna ed esterna ovvero ha effettuato direttamente una segnalazione esterna e non è stato dato riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni;

- ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;

- ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

5. CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito o negligenza di cui si è venuti a conoscenza: la segnalazione è, quindi, prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente circostanziata, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità, portando all'avvio di procedimenti disciplinari in caso di accertamento della violazione. Pertanto, il *whistleblower* deve fornire tutti gli elementi utili a consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche ed agli accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

Le procedure di *whistleblowing* sono efficaci solo se il soggetto preposto riceve segnalazioni precise, complete e verificabili, ferma la tutela dei diritti (ivi compreso quello alla riservatezza) del soggetto in ordine al quale viene effettuata la segnalazione.

A tal fine, la segnalazione deve contenere i seguenti elementi:

- a) una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione;
- b) se conosciute, le circostanze di tempo e di luogo in cui i fatti sono stati commessi;
- c) se conosciute, le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati;
- d) l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- e) l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;

f) ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Si ricorda che le segnalazioni devono essere effettuate nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato. I motivi che hanno indotto la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della sua protezione.

Il criterio al quale attenersi per procedere ad una segnalazione è quello della ragionevolezza: al momento della segnalazione o della denuncia all'autorità giudiziaria o contabile o della divulgazione pubblica, la persona segnalante o denunciante deve avere un ragionevole e fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate pubblicamente o denunciate, siano vere e siano annoverabili tra i casi previsti dalla normativa di riferimento.

6. SISTEMA INFORMATICO DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

L'Ateneo ha predisposto una piattaforma - piattaforma *whistleblowing* - alla quale è possibile accedere per procedere alle segnalazioni di illecito.

Nell'utilizzo di tale canale è assicurata assoluta riservatezza del segnalante, del facilitatore, della persona coinvolta o comunque dei soggetti menzionati nella segnalazione, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. La gestione della segnalazione è affidata alla RPCT di Ateneo - dott.ssa Carla Camerlingo - e al Capo dell'Ufficio di supporto (Ufficio Etica e Trasparenza, di seguito UET) - dott.ssa Marta Monaciliuni - che per singoli aspetti delle verifiche da effettuare potranno chiedere il contributo:

- delle 2 unità di personale di tale Ufficio;
- del Capo dell'UASP, per gli ambiti di competenza;
- dei Responsabili di singole unità organizzative di Ateneo (es Ufficio Assenze e Presenze del Personale contrattualizzato) che si renda indispensabile interpellare per particolari accertamenti.

La segnalazione può essere presentata mediante inserimento delle informazioni nella piattaforma predisposta dall'Amministrazione, raggiungibile sul sito web dell'Ateneo nell'ambito dell'*area riservata* di ciascun dipendente, nella sezione dedicata all'*anticorruzione*.

Entrando con le proprie credenziali di accesso nell'*area riservata* e cliccando sul link "anticorruzione", si aprirà una pagina web con dei campi che l'utente dovrà compilare per inoltrare la segnalazione.

Il sistema informatico gestisce le informazioni secondo la normativa vigente; in particolare:

- **registra** traccia di tutte le operazioni eseguite;
- **identifica** correttamente il segnalante acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo;

- **separa** i dati identificativi del segnalante dal contenuto della segnalazione, prevedendo l'adozione di codici sostitutivi dei dati identificativi, in modo che la segnalazione possa essere processata in modalità anonima e non conoscibile direttamente né alla RPCT di Ateneo né al Capo dell'UET, competenti a trattare la segnalazione.

In altri termini, il depositario dell'identità del segnalante (CSI di Ateneo) non conosce il contenuto della segnalazione e il depositario del contenuto della segnalazione (RPCT e capo UET) non conosce l'identità del segnalante. L'inserimento delle credenziali istituzionali produrrà in automatico la generazione di una chiave cifrata che nasconderà l'identità e le credenziali del segnalante. L'identità del *whistleblower* sarà disvelata attraverso la riconciliazione delle credenziali istituzionali e della chiave cifrata solo nei casi previsti dalla legge;

- **adotta** protocolli sicuri e standard per il trasporto dei dati, nonché l'utilizzo di strumenti di crittografia end-to-end per i contenuti delle segnalazioni e dell'eventuale documentazione allegata;

- **consente** al segnalante, consultando la sezione *comunicazioni* della piattaforma, di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

Sempre al fine di garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni raccolte:

- l'accesso ai dati relativi alla sola identità del segnalante è riservato al Direttore tecnico dell'Area Basi di dati del Centro di Ateneo per i servizi informativi (CSI) ed al ristretto gruppo di unità di personale di tale Area individuato dallo stesso; costoro non hanno abilitazione per accedere al contenuto della segnalazione e sono obbligate al vincolo della riservatezza;

- i dati riferiti alle segnalazioni sono conservati su supporto cartaceo - in armadi chiusi a chiave presso la sede dell'Ufficio Etica e trasparenza - e su memoria dedicata e protetta di tale Ufficio;

- il sistema mantiene traccia dei dipendenti che, a qualunque titolo, hanno proceduto all'accesso alla pagina *anticorruzione* (ad esempio, anche solo per consultare la normativa ivi presente); pertanto, non è possibile risalire direttamente all'identità di un eventuale segnalante;

- è prevista la modifica periodica delle password ed il Capo dell'UET procede periodicamente al cambio della password di accesso al sistema;

- il tempo di conservazione di dati e documenti è limitato al periodo strettamente necessario per gestire la segnalazione e sarà data comunque notizia al segnalante, nell'ambito della procedura, della intervenuta distruzione dei dati associati alla segnalazione.

7. TUTELA DEI SEGNALANTI E RISERVATEZZA

La recente riforma normativa prevede un solido sistema di tutele, che funge da incentivo per il segnalante a rendere note le violazioni e gli illeciti di cui viene a conoscenza.

Le tutele sono estese a tutti coloro che segnalano violazioni di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo, in qualità di dipendenti o collaboratori, lavoratori subordinati e autonomi, liberi professionisti ed altre categorie come volontari e tirocinanti anche non retribuiti, nonché agli azionisti ed alle persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza. Le misure di protezione si applicano anche ai cosiddetti "facilitatori", colleghi, parenti o affetti stabili di chi ha segnalato.

La tutela si estende anche in caso di segnalazioni o divulgazioni rivelatesi poi infondate, qualora il segnalante abbia avuto fondati motivi di ritenere che le violazioni fossero vere; in caso di dolo o colpa grave del segnalante, la tutela viene meno.

A supporto delle misure di protezione sono anche aumentati i riferimenti alla riservatezza del segnalante.

Non è punibile chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni: a) coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico, b) relative alla tutela del diritto d'autore, c) alla protezione dei dati personali, d) ovvero se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

La tutela della riservatezza del segnalante è stata notevolmente rafforzata poiché:

- 1) l'identità del segnalante non può essere rivelata a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni;
- 2) la protezione riguarda non solo il nominativo del segnalante ma anche tutti gli elementi della segnalazione dai quali si possa ricavare, anche indirettamente, l'identificazione del segnalante;
- 3) la segnalazione è sottratta all'accesso agli atti amministrativi e al diritto di accesso civico generalizzato;
- 4) la protezione della riservatezza è estesa all'identità delle persone coinvolte e delle persone menzionate nella segnalazione fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione, nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante.

2.3.5. Gestione del rischio di corruzione: Mappatura dei processi, Valutazione e Trattamento del rischio

1. Introduzione

Per gestione del rischio corruzione si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Amministrazione con riferimento al rischio corruzione.

La "gestione del rischio" di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi; la pianificazione, mediante l'adozione del Piano, è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

La gestione del rischio corruzione è l'applicazione di una consolidata metodologia - il *risk management* - alla fattispecie degli eventi corruttivi che si ritengono di rilevanza primaria, a causa dell'enorme influenza negativa che essi hanno sull'obiettivo istituzionale di una pubblica Amministrazione, ossia il corretto perseguimento dell'interesse pubblico.

Le tipiche fasi del processo di *risk management* secondo le più note e rilevanti normative (ISO 31000:2010; ISO 37001; Global Compact model, Co.SO. model, AS-NZS 4360; IRM, AIRM, ALARM, ecc) sono le seguenti:

- a) **Analisi del contesto:** consiste nella presa in esame dei modi in cui il rischio è considerato e affrontato all'interno della singola organizzazione.
- b) **Mappatura dei processi:** consiste nell'individuazione del processo e delle sue componenti interne, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase e l'individuazione dell'interazione con altri processi. La mappatura dei processi consente l'individuazione delle aree a rischio entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. A valle della mappatura, i processi ritenuti a rischio corruzione vengono schedati in un "Catalogo dei processi a rischio corruzione".
- c) **Valutazione del rischio:** per ogni processo o fase di esso, consiste nell'analisi dei rischi in termini di indici di valutazione della probabilità di accadimento e indici di valutazione di impatto generabili a seguito del verificarsi dell'evento corruttivo. È realizzato attraverso tre sotto-fasi: individuazione, analisi e ponderazione del rischio.

2. Mappatura dei Processi

2.1. Metodologia adottata per la mappatura dei processi

Per processo si intende un insieme di attività interrelate che, perseguendo uno scopo comune e seguendo specifiche metodologie, nel rispetto di specifici vincoli (norme, regolamenti, ecc.), utilizzano risorse per trasformare un *input* (materiali, informazioni, risorse, ecc....) in un prodotto (*output* del processo), destinato ad un soggetto interno o esterno all'Amministrazione (utente), aggiungendo valore.

Il processo – il cui concetto è più ampio di quello di procedimento amministrativo - può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso.

La mappatura consiste nell'individuazione del processo e delle sue componenti interne, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase, con l'individuazione dell'eventuale interazione con altri processi.

La mappatura consente l'elaborazione del catalogo dei processi e quindi l'individuazione delle aree a rischio entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un lavoro complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Ateneo.

L'attività di mappatura dei processi è effettuata in Ateneo da diversi anni e proseguirà anche nel triennio 2025/2027 - a cura dei Responsabili delle unità organizzative, con il supporto metodologico dell'Ufficio Organizzazione e Performance - con priorità per le strutture di nuova istituzione ovvero le cui competenze

sono state oggetto di modifiche organizzative; a tale attività sono correlati anche specifici obiettivi di *performance*.

Ciò anche al fine di una graduale *reingegnerizzazione*, che risponde a molteplici esigenze, prima tra tutte quella della semplificazione e digitalizzazione dei processi dell'Ateneo, con prevedibili risultati positivi anche in chiave di prevenzione della corruzione.

2.2 Catalogo dei processi

Tutti i processi mappati sono collocati nelle seguenti **aree di rischio**:

AREE GENERALI DI RISCHIO

- A. Acquisizione e progressione del personale;
- B. Contratti Pubblici;
- C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- E. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- F. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- G. Incarichi e nomine;
- H. Affari legali e contenzioso.

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

- I. Didattica;
- J. Ricerca;
- K. Reclutamento dei docenti;
- L. Gestione delle autorizzazioni dei professori universitari allo svolgimento di attività esterne;
- M. Gestione degli Enti e delle Attività esternalizzate dalle Università.

3. Valutazione del rischio

3.1. Metodologia adottata per la valutazione del rischio

Per la valutazione del rischio, a partire dal PTPCT 2020-2022 la RPCT, con il supporto del personale competente, ha adottato un nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), che è stato applicato in modo graduale.

Si è fatto riferimento, in particolare, ad una metodologia che integra le indicazioni fornite nell'allegato 1 al PNA 2019 con quelle fornite dal *UN Global Compact Management Model* per la valutazione del rischio corruzione (anche con riferimento al rischio *inerente* e al rischio *residuo*).

Per ogni processo mappato la valutazione del rischio si è sviluppata mediante tre fasi:

- **identificazione del rischio**
- **analisi del rischio**
- **ponderazione del rischio**

Le fasi di identificazione e analisi del rischio sono articolate in sotto-fasi, come riportato nella figura sottostante e meglio descritte in seguito.

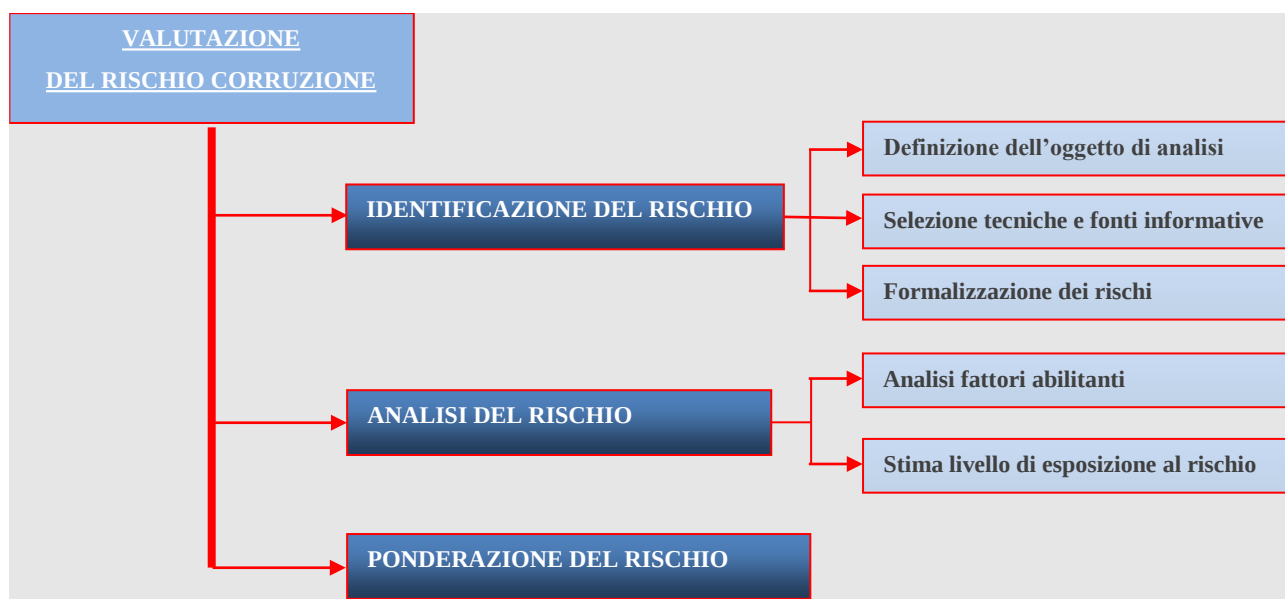


Figura 1: Fase di valutazione del rischio

3.2. Identificazione del rischio e il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi ha l'obiettivo di individuare quei **comportamenti** o **fatti** che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

La fase di identificazione dei rischi è articolata in 3 azioni tra loro consequenziali:

a) Definizione dell'oggetto di analisi

È stata definita l'unità di riferimento rispetto alla quale individuare gli eventi rischiosi. Il livello minimo di analisi per l'identificazione dei rischi è stato rappresentato dal **processo**. I processi rappresentativi dell'intera attività dell'Ateneo non sono stati ulteriormente scomposti in attività, ma solo nelle singole fasi di esso ritenute a rischio corruzione. Per ogni processo e/o fase di esso rilevato nella mappatura sono stati identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

Nei processi ricadenti nell'area di rischio generale obbligatoria B Contratti pubblici - in cui è stata già rilevata nei precedenti Piani un'esposizione al rischio corruttivo elevata - l'identificazione dei rischi è stata invece sviluppata con un maggior livello di dettaglio, individuando come oggetto di analisi le **singole fasi delle procedure del processo di approvvigionamento** (*Programmazione – Progettazione della gara – Selezione del contraente – Verifica dell'aggiudicazione e stipula del Contratto – Esecuzione del Contratto – Rendicontazione del Contratto*) con la definizione di misure differenziate e azioni di monitoraggio specifiche;

b) Utilizzo di opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative

Per procedere all'identificazione degli eventi rischiosi la RPCT e l'Ufficio Etica e Trasparenza prendono in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative disponibili in Ateneo:

- risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- analisi di documenti e di banche dati e di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'Ateneo;
- interviste/incontri (anche in occasione dei *focus group* organizzati dal Capo del citato Ufficio nel corso dell'anno) con i Referenti e i responsabili degli Uffici anche delle Strutture decentrate o il personale dell'Amministrazione che abbia conoscenza diretta dei processi e quindi delle relative criticità;
- risultanze dell'attività di monitoraggio svolta;
- analisi dei procedimenti disciplinari avviati e/o conclusi;

- segnalazioni ricevute;

c) Individuazione dei rischi associabili all’oggetto di analisi e **formalizzazione** nella sezione *Rischi corruttivi e Trasparenza*

Gli eventi rischiosi individuati utilizzando le fonti informative disponibili sono formalizzati tramite l’aggiornamento del **registro dei rischi**, così come riportato nell’appendice 2.3.B al PIAO, dove per ogni processo a rischio e/o fase di esso si riporta la descrizione degli eventi rischiosi individuati.

Nella predisposizione del presente Piano, i rischi sono stati identificati:

- sulla base delle risultanze della mappatura dei processi;
- con l’ausilio dei criteri indicati *infra* nella Tabella 3 “Indicatori di **stima livello esposizione al rischio**”;
- mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità di singoli processi e del livello organizzativo in cui il processo o la sotto-fase si colloca;
- facendo riferimento anche a dati tratti dall’esperienza (cd. “eventi sentinella”), cioè tenendo conto di precedenti giudiziali - relativi a particolari episodi attinenti a specifici ambiti di interesse dell’Ateneo (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l’Amministrazione, mediante specifiche richieste da parte dell’Ufficio Etica e Trasparenza (che svolge funzioni di supporto alla RPCT) dirette ai competenti Uffici dell’Ateneo - nonché delle segnalazioni pervenute;
- tenendo conto dell’esito di due sondaggi¹⁰ riguardanti la percezione della corruzione e del livello di trasparenza in Ateneo.

All’esito dei sondaggi e del lavoro svolto, è stato aggiornato il **Registro dei Rischi** di corruzione, così come riportato nell’appendice 2.3.B “*Catalogo dei processi e registro dei rischi di corruzione dell’Ateneo*” del PIAO.

3.3. Analisi del rischio

L’analisi del rischio è condotta perseguendo due obiettivi: il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l’analisi dei cosiddetti **fattori abilitanti della corruzione**; il secondo è quello di **stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio**. Si riportano di seguito i tratti salienti:

a) Analisi dei fattori abilitanti

Si intendono i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione e che possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. L’analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

I **fattori di rischio** (fattori abilitanti + cause) **sono le ragioni per cui la corruzione può verificarsi in una organizzazione**, in base al contesto e alla tipologia di attività svolta. Un modo per illustrare i fattori di rischio è quello di esaminare le frodi attraverso il **Triangolo di Donald Cressey** (triangolo della frode, nella seguente figura Figura 2), che definisce tre elementi e le condizioni (fattori di rischio) che consentono il verificarsi della frode:

¹⁰ I due sondaggi sono stati effettuati a cura dell’Ufficio *Etica e Trasparenza* impiegando la piattaforma “Microsoft Form” e sono stati rivolti rispettivamente ai Capi reparto ed ai Capi settore dell’Amministrazione Centrale.



Figura 2: Triangolo della frode

b) Stima del livello di esposizione al rischio

In questa fase, l'analisi condotta è stata finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun processo o sua fase: in particolare, è stata stimata l'esposizione al rischio per singolo evento rischioso individuato nella fase di identificazione. L'analisi del livello di esposizione è avvenuta rispettando i **principi guida richiamati nel PNA 2019**, implementando la metodologia **Global Compact Management Model**, nonché secondo un criterio generale di "**prudenza**", nel senso che si è cercato di evitare la sottostima del rischio, che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

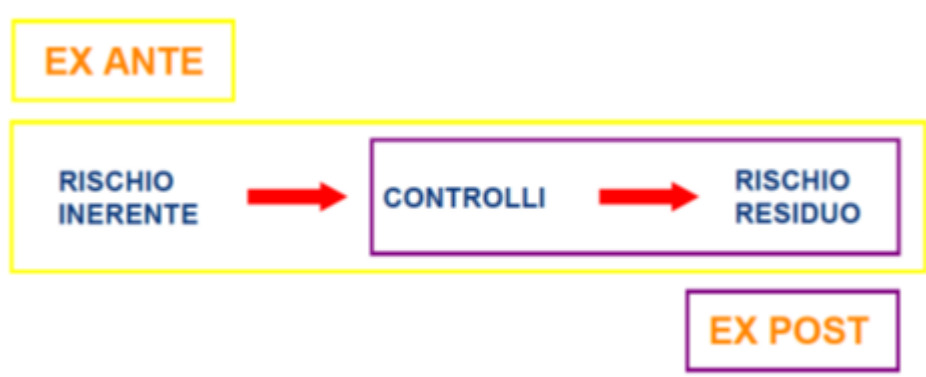
Lo *United Nation Global Compact* è un'iniziativa delle Nazioni Unite nata per incoraggiare le organizzazioni di tutto il mondo ad adottare politiche sostenibili, nel rispetto della responsabilità sociale di impresa, e rendere pubblici i risultati delle azioni intraprese. Il **Global Compact Management Model** è una cornice che riunisce 10 principi nelle aree dei diritti umani, lavoro, sostenibilità ambientale e anticorruzione. In particolare, il principio 10 prevede che "*le aziende devono lavorare contro la corruzione in ogni sua forma, comprese le estorsioni e le tangenti*". La Guida per il *Risk Assessment* per l'Anticorruzione fornisce le istruzioni per la gestione del rischio di corruzione, senza essere prescrittiva. Il processo di gestione si divide in 6 fasi:

1. definire il processo
 2. identificare i rischi
 3. misurare i rischi e valutare il rischio inerente
 4. identificare e valutare i controlli sui rischi
 5. calcolare il rischio residuo
 6. sviluppare un piano-azione di risposta
- RISK ASSESSMENT**

Con riferimento alla fase di misurazione del rischio, il Global Compact Management Model definisce:

- **rischio inerente**, il rischio che grava su un'organizzazione **in assenza** di qualsiasi azione in grado di alterare la probabilità e/o l'impatto del rischio stesso; rappresenta l'**impatto lordo** di un fattore di rischio, cioè la **massima perdita** realizzabile in seguito al suo manifestarsi e alla mancanza di azioni tese a limitarne gli effetti;
- **rischio residuo**, il rischio che rimane dopo la risposta al rischio, cioè dopo l'effettiva implementazione delle azioni tese alla mitigazione del rischio inerente. La **differenza tra i benefici dell'azione e gli effetti complessivi che i fattori di rischio** hanno sugli obiettivi aziendali determina il **rischio residuo**, cioè l'**impatto netto** riconducibile ai fattori di rischio.

Il processo di valutazione dei rischi si focalizza **prima sui rischi inerenti** e successivamente, dopo lo sviluppo di adeguate risposte al rischio, su quelli **residui**.



Il contributo in questa fase consiste nell'analisi e valutazione delle dimensioni del rischio e delle componenti dell'organizzazione (controlli) che su essi possono incidere o essere indifferenti.

Le dimensioni da valutare sono:

1. il **Rischio Inerente**, che rappresenta il livello totale di rischio associato ad ogni schema corruttivo, senza considerare l'efficacia dei controlli esistenti. Le dimensioni del rischio inerente sono:
 - a. **Probabilità**: eventualità che il rischio si verifichi.
 - b. **Impatto**: conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio.

Il **valore complessivo del rischio inerente** è dato dalla combinazione delle due dimensioni suindicate (*probabilità* e *impatto*);
2. i **Controlli interni esistenti**, il cui **livello di efficacia** incide in misura maggiore o minore sul contenimento del rischio;
3. il **Rischio Residuo**, il cui valore è dato dal confronto tra il valore del rischio inerente e il livello di efficacia/inefficacia dei sistemi di controlli vigenti.

Nella fase di valutazione dei Rischi si è proceduto alla:

1. Misurazione del livello totale del **Rischio Inerente**, pervenendo ad una stima complessiva di esposizione al rischio sulla base della combinazione dei valori di Probabilità e Impatto;
2. Analisi dei **Controlli interni esistenti** e alla valutazione della loro efficacia;
3. Misurazione del **Rischio Residuo**, quale combinazione del Rischio Inerente e dei Controlli interni esistenti.

La **Misurazione**, quindi, è stata implementata unitariamente, secondo le modalità raccomandate dal PNA 2019, a cui sono state apportate le modifiche ritenute opportune utilizzando la metodologia del *Global Compact Management Model*, che considera la presenza della *probabilità* ed *impatto*, nonché la differenza tra Rischio Inerente e Rischio Residuo.

L'approccio utilizzato per stimare l'esposizione dell'Amministrazione ai rischi è stato di tipo misto, partendo da un'impostazione **qualitativa**, ma cercando di mantenere distinti i fattori autonomamente individuati che complessivamente incidono sul livello di rischio risultante, in termini di *probabilità* di accadimento e *impatto* conseguente. Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si perviene ad una **valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio**; il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'evento rischioso.

Per ogni processo emerso dalla mappatura dei processi delle aree generali e specifiche di rischio, i criteri utilizzati per stimare la *probabilità* e l'*impatto* sono quelli riportati nella Tabella 3 seguente:

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO					
A. Discrezionalità del processo		E. Numerosità delle unità di personale coinvolte nelle diverse fasi del processo, con distinti ruoli e responsabilità (es. Dirigente, Capo Ufficio, Capo Reparto, RUP, personale addetto...)			
		<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>	<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>
		1	minima	1	Massima (5 o più unità)
		2	bassa	2	Medio-alta (4 unità)
		3	media	3	Media (3 unità)
		4	Medio-alta	4	Bassa (2 unità)
		5	massima	5	Minima (1 unità)
				6	Sono coinvolte 2 o più unità, ma senza una distinzione chiara di ruoli e responsabilità
B. Complessità del processo (dovuto ad esempio alla complessità o scarsa chiarezza della normativa di riferimento, all'esiguità di disposizioni normative in materia o, al contrario, alla presenza di eccessive norme di difficile applicazione)		F. Risonanza mediatica in caso di episodi di <i>maladministration</i> e/o comportamenti elusivi/fraudolenti relativi al processo o a fasi di esso			
		<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>	<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>
		1	minima	1	minima
		2	bassa	2	bassa
		3	media	3	media
		4	Medio-alta	4	Medio-alta
		5	massima	5	Massima
C. Rilevanza del processo (dovuta, ad esempio: alla rilevanza del vantaggio economico; alla rilevanza del vantaggio – anche non immediato – di carriera per il personale destinatario; al numero dei richiedenti o soggetti interessati al processo rispetto all'esiguità dei destinatari del beneficio o dei posti disponibili)		G. Necessità di colmare carenze formative specifiche delle unità di personale coinvolte nel processo			
		<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>	<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>
		1	minima	1	minima
		2	bassa	2	bassa
		3	media	3	media
		4	Medio-alta	4	Medio-alta
		5	Massima	5	Massima
D. Possibilità di frazionare il processo al fine di eludere l'applicazione della vigente normativa		H. Efficacia dei controlli già esistenti (previsti dalla vigente normativa e/o dal vigente PIAO)			

<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>	<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>
1	minima	1	minima
2	bassa	2	bassa
3	media	3	media
4	Medio-alta	4	Medio-alta
5	Massima	5	massima
I. Presenza di segnalazioni pervenute a questa Amministrazione e/o di procedimenti disciplinari attivati da questa Amministrazione in ordine alla tipologia di processo in esame		L. Presenza di precedenti giudiziari in relazione a questa tipologia di processo negli ultimi 5 anni	
<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>	<u>ID</u>	<u>Valutazione</u>
1	<u>minima</u>	1	<u>minima</u>
2	<u>bassa</u>	2	<u>bassa</u>
3	<u>media</u>	3	<u>media</u>
4	<u>Medio-alta</u>	4	<u>Medio-alta</u>
5	<u>massima</u>	5	<u>massima</u>

Tabella 3: Indicatori di stima del livello esposizione al rischio

Nella suindicata Tabella 3 l'elenco proposto è meramente esemplificativo: si tratta di alcuni indicatori comunemente accettati, che possono essere ampliati o modificati nel processo valutativo; pertanto, i soggetti coinvolti nell'analisi, anche in funzione della specificità della loro attività, possono elaborare ulteriori indicatori o utilizzare indicatori alternativi a quelli indicati. Gli indicatori sub "A", "B", "C" e "D", sono rappresentativi della *probabilità* di accadimento dell'evento rischioso, mentre quelli sub "E", "F", "G", "I", "L" sono rappresentativi dell'*impatto* derivante dal verificarsi dell'evento rischioso. La **scala qualitativa utilizzata per la valutazione della probabilità e dell'impatto** è articolata su cinque livelli (minima / bassa / media / medio-alta / massima) e risulta facilmente utilizzabile. In riferimento agli indicatori di impatto sub "I" e "L", ai fini del miglioramento della fase di stima del livello di rischio si è supportato l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici, che sono utili per stimare anche per il futuro la frequenza di accadimento degli eventi corruttivi; pertanto, la loro compilazione è stata condotta utilizzando:

- i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'Amministrazione;
- le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'Ateneo o pervenute in altre modalità (es. dati disponibili in base agli esiti degli incontri con i Referenti/Responsabili unità organizzative Strutture decentrate, esiti dei due sondaggi, ecc.).

Con particolare riferimento all'indicatore sub "H", la sua valutazione è rappresentativa dell'affidabilità dell'efficacia dei **controlli interni esistenti** ai fini della misurazione del Rischio Residuo e la stima dell'efficacia ad essi attribuiti va a **diminuire** il valore del Rischio Inerente.

Coerentemente all'approccio **qualitativo** impiegato, i valori di *probabilità* e *impatto* sono stati opportunamente combinati, pervenendo ad una **stima complessiva del rischio inerente** in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue fasi componenti, parametrizzando i valori dell'esposizione al rischio su una scala di misurazione ordinale di tipo discreta a **cinque livelli** (basso /

medio-basso / medio / medio-alto / alto). Tale scala, pur fornendo una differenziazione limitata tra i livelli di rischio, è risultata essere relativamente semplice e di immediata comprensione. Inoltre, per ogni evento rischioso, l'esposizione al rischio è **adeguatamente motivata** alla luce dei dati e delle evidenze raccolte, garantendo la massima trasparenza.

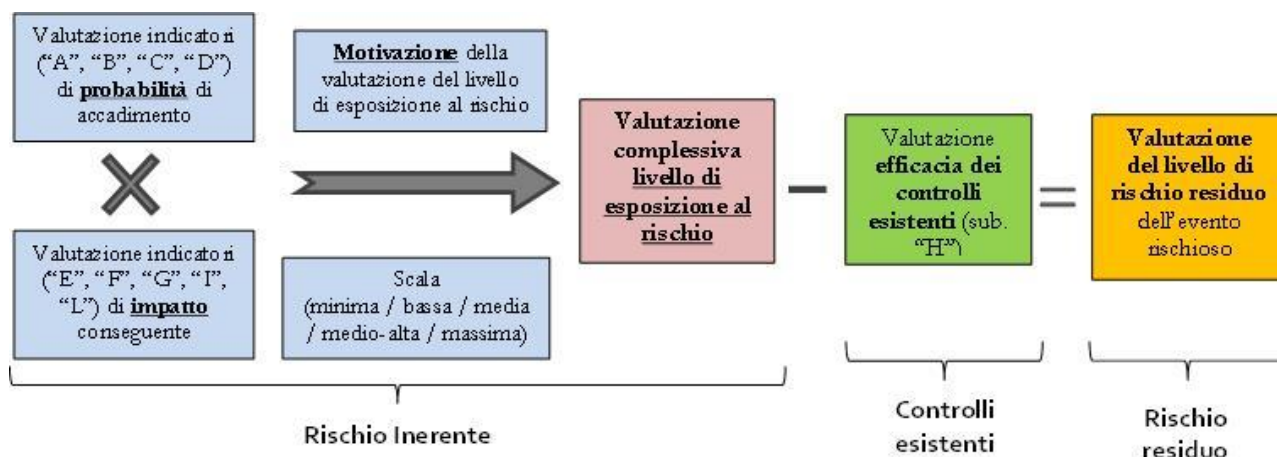


Figura 4: Schema di principio per la valutazione del livello esposizione al rischio

In linea con la metodologia del **Global Compact Management Model**, una volta pervenuti alla valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, e quindi alla valutazione del rischio inerente di ciascun evento rischioso, occorre effettuare la **valutazione dell'affidabilità dei Controlli esistenti**. L'efficacia di detti controlli è valutata ricorrendo all'indicatore sub "H" della sopracitata tabella di valutazione, la cui gradazione è rappresentata dalla medesima scala qualitativa di tipo ordinale discreta a cinque livelli impiegata per gli altri fattori. Nella seguente Tabella 5 è riportata la descrizione degli indicatori della scala di valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo esistenti: Tabella 5

Tabella 5: Scala di valutazione dell'efficacia dei controlli esistenti

Per ciascun evento rischioso, il valore attribuito all'efficacia dei controlli va a diminuire il valore del Rischio Inerente, pervenendo così alla **valutazione del livello di rischio residuo** ovvero ad una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'evento rischioso / processo a rischio e /o fase di esso in esame. Nella Tabella 6 seguente sono sintetizzate le possibili valutazioni del Rischio Residuo, quale **combinazione** della valutazione del Rischio Inerente e dell'affidabilità dei controlli esistenti; nel caso in cui in essa siano riportate differenti opzioni, a parità di combinazione di Rischio inerente e Affidabilità dei Controlli interni esistenti, la RPCT - nella successiva fase di ponderazione - sceglie la combinazione risultante più coerente con le strategie interne di prevenzione (es. maggiore cautela; missione dell'Amministrazione, criterio di "prudenza" ecc.):

TABELLA SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO RESIDUO		
Valutazione complessiva livello di esposizione al rischio	Valutazione efficacia dei controlli esistenti	Valutazione del livello di rischio residuo
Alto	Massima	Medio-Basso*
Alto	Medio-Alta	Medio
Alto	Media	Medio-Alto
Alto	Bassa	Alto*
Alto	Minima	Alto

Medio-Alto	Massima	Medio-Basso
Medio-Alto	Medio-Alta	Medio
Medio-Alto	Media	Medio
Medio-Alto	Bassa	Medio-Alto
Medio-Alto	Minima	Alto*
Medio	Massima	Basso
Medio	Medio-Alta	Medio-Basso*
Medio	Media	Medio-Basso
Medio	Bassa	Medio
Medio	Minima	Medio-Alto*
Medio-Basso	Massima	Basso
Medio-Basso	Medio-Alta	Medio-Basso*
Medio-Basso	Media	Medio-Basso
Medio-Basso	Bassa	Medio-Basso
Medio-Basso	Minima	Medio
Basso	Massima / Medio-Alta / Media / Bassa / Minima	Basso

Tabella 6: Scala di valutazione livello di rischio residuo (* valore prudenziale)

3.4. Ponderazione del rischio

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali sono emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio più alto, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. La fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase di analisi, ha lo scopo di stabilire:

- le **azioni** da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le **priorità di trattamento dei rischi**, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Nel definire le azioni da intraprendere la RPCT tiene conto delle misure già attuate e valuta come migliorare i controlli già esistenti, in modo da ridefinire e irrobustire le misure di prevenzione già esistenti prima di introdurne di nuove che andranno attuate sempre nel rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa, privilegiando quelle che riducono maggiormente il rischio residuo. Per quanto riguarda, invece, la definizione delle priorità di trattamento, nell'impostare le azioni di prevenzione si tiene conto del livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente e si procede in ordine via via decrescente, partendo dai processi che presentano un'esposizione più elevata, fino ad arrivare successivamente al trattamento di quelli che si caratterizzano per un'esposizione più contenuta.

I risultati dell'utilizzo della metodologia sopra descritta in ordine ai processi mappati in Ateneo sono riportati nell'ultima colonna dell'appendice 2.3.B del presente Piano.

4. Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Nell'individuazione e valutazione delle misure si è mantenuta l'impostazione dei precedenti Piani, distinguendo tra "Misure **Generali**" e "Misure **Specifiche**".

4.1. Schede di programmazione delle misure

Le schede di programmazione delle misure tengono conto dell'analisi conoscitive a monte e dell'analisi di contesto, esterno e interno, della mappatura dei processi e della identificazione, analisi e ponderazione del rischio. Nella formulazione delle misure si tiene conto dell'esito dei monitoraggi, della necessità di contemperare una maggiore efficacia delle azioni di risposta con esigenze di non aggravamento delle procedure, nonché del rapporto costi/benefici di ogni singola misura proposta. La valutazione del rischio è effettuata, come già evidenziato, con la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati.

Le Schede di Programmazione delle Misure di Prevenzione della Corruzione sono riportate nelle appendici 2.3.E al PIAO.

2.3.6 Programma della trasparenza

1. Parte Generale

La trasparenza concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico, come evidenziato a più riprese anche dall'ANAC.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico dell'Ateneo – volto a favorire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività realizzate in favore della Comunità universitaria, degli utenti, degli *stakeholder* – e si traduce anche nella definizione di obiettivi di performance¹¹.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, nell'appendice 2.3.C del PIAO sono indicati:

- gli obblighi di trasparenza, ossia gli atti, i dati e le informazioni la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.;
- i soggetti responsabili dell'elaborazione degli atti, dei dati e delle informazioni da pubblicare;
- i soggetti responsabili della trasmissione degli atti, dei dati e delle informazioni all'URP ai fini della pubblicazione sul sito web di Ateneo;
- il termine per la trasmissione all'URP della richiesta di pubblicazione¹²;
- i soggetti responsabili della pubblicazione degli atti, dei dati e delle informazioni;
- Il termine di scadenza per la pubblicazione;
- tempistiche per l'invio dei report di monitoraggio e individuazione dei soggetti responsabili.

Quanto agli obblighi di pubblicazione inerenti ai contratti pubblici, dal 1° gennaio 2024 ha acquisito piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

Di conseguenza, per i contratti con bandi ed avvisi pubblicati dal 1° gennaio 2024 le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano la trasparenza dei dati relativi ai contratti pubblici prevista dal d.lgs. 33/2013 comunicando tempestivamente – per mezzo delle piattaforme digitali certificate - alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del citato decreto, tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della [delibera ANAC n. 261/2023](#).

Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP.

Residuano in capo alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti gli obblighi di pubblicare, nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale, i dati non comunicati alla BDNCP indicati nell'allegato 1 della [delibera ANAC 264/2023](#), come modificata e integrata con [delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023](#).

¹¹ Si veda Appendice 2.2 (cfr. obiettivo n. 5_2025 in tabella 2.2.2 e obiettivo n. 1_2025 in tabella 2.2.3).

¹² I soggetti responsabili della trasmissione degli atti, dei dati e delle informazioni all'URP ai fini della pubblicazione sul sito web di Ateneo, possono proporre una modifica dei termini di trasmissione previsti nell'Appendice 2.3.C del P.I.A.O., inviando la richiesta all'indirizzo uff.etica-trasparenza@pec.unina.it. Tali richieste saranno valutate ai fini dell'aggiornamento annuale del P.I.A.O.

Premesso ciò, l'Ateneo assicura la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, attraverso la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito web del collegamento ipertestuale alla BDNCP, mentre, per i dati non comunicati alla BDNCP e riportati nell'appendice 2.3.C del P.I.A.O. di Ateneo, resta confermato l'iter di pubblicazione "ordinario" previsto per la pubblicazione sul sito web di Ateneo.

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023, la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in Amministrazione Trasparente, sottosezione "Bandi di gara e contratti", avviene secondo le indicazioni ANAC di cui all'Allegato 9) al [PNA 2022](#). Ciò in considerazione del fatto che il nuovo Codice prevede che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del vecchio Codice continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023 (art. 225, co. 1 e 2 d.lgs. 36/2023).

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 l'ANAC ha adottato con [Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023](#), d'intesa con il MIT, un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e a cui si rinvia anche per i profili attinenti all'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

2. Procedura per la pubblicazione di atti e dati sul sito web di Ateneo, monitoraggio, attività di controllo della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di Ateneo.

Con delibera 495 del 25 settembre 2024, pubblicata il 19 novembre, l'ANAC ha previsto nuove modalità di pubblicazioni relativamente alla sezione *Amministrazione trasparente*, con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del decreto d.lgs. 33/2013; l'Anac ha altresì concesso alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi ai citati articoli.

Pertanto, relativamente agli atti da pubblicare in attuazione dei predetti obblighi, nel 2025 saranno diramate specifiche istruzioni operative a cura dell'Area Organizzazione e Sviluppo e dei competenti Uffici di afferenza; per le altre pubblicazioni nel corso del 2025, resta ferma la procedura riportata nel presente paragrafo.

Attualmente gli attori coinvolti a vario titolo nel processo di pubblicazione degli atti sono:

- il Responsabile della elaborazione dei dati/atti/informazioni;
- il Responsabile della trasmissione dati/atti/informazioni;
- il Responsabile della pubblicazione dei dati/atti/informazioni;
- il Responsabile del monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.

I responsabili dei procedimenti presso le strutture di Ateneo, quali detentori dei dati e delle informazioni, avviano il processo di pubblicazione attraverso la trasmissione degli stessi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, mediante le modalità rese note nella carta dei servizi '*Pubblicazioni di atti, dati ed informazioni all'Albo Ufficiale di Ateneo e/o sul sito web di Ateneo*', costantemente aggiornata e consultabile nella pagina [Servizi erogati - anche a distanza - dalle Strutture di Ateneo](#). In tale carta dei servizi si darà conto anche delle procedure per le quali sono avviate le nuove modalità di pubblicazione, mediante apposita piattaforma.

La predetta trasmissione presuppone l'elaborazione dei dati e delle informazioni a cura del Responsabile del procedimento che, prima d'inviare la richiesta di pubblicazione all'URP, deve verificarne la veridicità e l'attendibilità, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni che regolano la materia, rispettando in ogni caso le seguenti prescrizioni:

- indicare chiaramente la data iniziale e finale della pubblicazione, la struttura alla quale si riferiscono, la/e pagina/e del sito in cui effettuare la pubblicazione;
- verificare previamente che i dati, le informazioni e i documenti da pubblicare siano in formato aperto¹³;

¹³ A tal proposito, si richiama l'attenzione sulla delibera ANAC n. 294 del 13.04.2021, nella quale si invitano le Amministrazioni al puntuale rispetto della normativa anche in materia di dati 'aperti' e di indicizzazione delle pagine contenute nella sezione Amministrazione trasparente, al fine di impedire l'inserimento di filtri alla loro rintracciabilità

- assicurare l'aggiornamento dei dati e delle informazioni nei tempi indicati nell'appendice 2.3.C del P.I.A.O.;
- oscurare i dati e le informazioni da non pubblicare nel rispetto delle disposizioni in materia di trattamento dei dati personali;
- chiedere l'eliminazione o l'oscuramento delle informazioni non più attuali o per le quali non vige più l'obbligo di pubblicazione.

L'URP provvede, quindi, alla pubblicazione indicando chiaramente la data della stessa o, in caso di aggiornamento, la data dell'ultima revisione.

Si prescinde dalla suindicata procedura in caso di dati e documenti pubblicati autonomamente dalle strutture sul sito, grazie a meccanismi di filtro automatici dei sistemi informatici di Ateneo; nel caso in cui i dati e le informazioni siano archiviati in una banca dati, il responsabile della trasmissione dei dati assicura il popolamento dell'archivio con meccanismi di sincronizzazione automatica tra tali sistemi ed il portale di Ateneo.

In collaborazione con il Centro di Ateneo per i Servizi Informativi (CSI) sono stati predisposti, infatti, una serie di filtri che consentono di prelevare i dati dalle banche dati centrali di Ateneo, consentendo così la pubblicazione immediata degli stessi a valle della quotidiana attività lavorativa degli uffici coinvolti; i dati così trattati, laddove possibile, sono quindi resi disponibili all'utente in maniera automatica, certificata e tempestiva.

I Dirigenti dell'Amministrazione centrale ed il personale delle Aree dei Funzionari e delle Elevate professionalità con incarico di Capo Ufficio conferito dal Direttore Generale sono i Responsabili del monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Tali soggetti inviano la reportistica di monitoraggio all'Ufficio Etica e Trasparenza secondo le modalità e le scadenze previste nella Appendice 2.2 (cfr. obiettivo n. 5_2025 in tabella 2.2.2 e obiettivo n. 1_2025 in tabella 2.2.3) a cui si rinvia.

Per agevolare i Responsabili del monitoraggio sono state realizzate - a cura dell'Ufficio Etica e Trasparenza - **pagine web 'dedicate' alle singole Aree dirigenziali e alle altre Strutture di Ateneo**, all'interno delle quali è disponibile tutta la documentazione utile ed i facsimili da utilizzare in sede di monitoraggio.

I link per accedere a tali pagine sono riportati nell'area riservata di tutte le unità di personale dirigenziale e tecnico-amministrativo, alla voce *Anticorruzione*.

In attuazione dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013 nonché di una specifica azione per conseguire le direttrici strategiche per l'etica e la trasparenza, confermata anche per l'anno 2025, la RPCT di Ateneo, per il tramite dell'Ufficio Etica e Trasparenza, effettua l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio quadrimestrale¹⁴ sullo stato di aggiornamento della sezione "Amministrazione trasparente", dandone comunicazione al Nucleo di Valutazione, al Direttore generale, ai Referenti della trasparenza e ai Capi degli uffici.

Il Nucleo di Valutazione di Ateneo, con cadenza annuale e secondo le direttive dell'ANAC, attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al fine *"di controllare l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni, all'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza"* (art. 45, co. 1, del d.lgs. 33/2013).

tramite motori di ricerca. Per una panoramica sui principali formati aperti adottabili, si vedano le Linee Guida Agid recanti regole tecniche per l'apertura dei dati e il riutilizzo dell'informazione del settore pubblico, consultabili al seguente link: www.agid.gov.it/sites/agid/files/2024-05/lg-open-data_v.1.0_1.pdf

¹⁴ I monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 gennaio – 30 aprile con comunicazione degli esiti entro il 20 maggio; II monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 maggio – 31 agosto con comunicazione degli esiti entro il 20 settembre; III monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 settembre – 31 dicembre con comunicazione degli esiti entro il 20 gennaio.

Nel corso del 2024 sono state intraprese delle attività finalizzate al “restyling” del portale di Ateneo, che comporteranno, tra l’altro, una reingegnerizzazione del processo di pubblicazione di atti e dati.

Nel triennio 2025-2027 proseguirà, in ogni caso, l’impegno della RPCT di Ateneo e dell’Ufficio Etica e Trasparenza nel supportare le strutture di Ateneo per il corretto adempimento della normativa in materia di trasparenza.

3. Bilanciamento tra trasparenza e privacy

E’ di fondamentale importanza sottolineare il legame inscindibile tra la disciplina in materia di trasparenza e quella a tutela della privacy: ai sensi del Regolamento europeo in materia, il titolare del trattamento è tenuto a porre in essere le misure tecniche e organizzative necessarie per garantire che siano pubblicati solo i dati necessari per ogni specifica finalità di trattamento; la diffusione, intesa come conoscenza dei dati personali da parte di soggetti indeterminati, è ammessa esclusivamente se prevista da una norma di legge o di regolamento.

Pertanto, per ciascuno degli obblighi di pubblicazione riepilogati nell’appendice 2.3.C al P.I.A.O., i diversi responsabili devono comunque contemperare l’attuazione della trasparenza con l’interesse costituzionalmente protetto della tutela della riservatezza, adottando - prima della richiesta di pubblicazione - tutte le cautele necessarie per evitare un’indebita diffusione dei dati personali.

Qualora il Responsabile del procedimento rilevi un potenziale rischio o nutra dubbi in ordine alla possibile compromissione della privacy, dovrà darne immediata comunicazione all’Ufficio Privacy e all’URP e collaborare, per la parte di competenza, con gli stessi e con le competenti Aree anche in caso di predisposizione di quesiti al Garante della privacy.

Nelle more dei chiarimenti richiesti, il Responsabile del procedimento ed il Referente per la trasparenza valuteranno, anche con il supporto dei predetti Uffici - ciascuno per la parte di competenza - la necessità o l’opportunità (nel rispetto del principio di precauzione) di soprassedere temporaneamente nell’invio della richiesta di pubblicazione all’URP; laddove si tratti di dati già pubblicati, verificheranno la possibilità di procedere ad un immediato oscuramento temporaneo degli stessi, facendone richiesta all’URP, accompagnata dalla documentazione priva dei dati da oscurare e quindi già debitamente omissata degli stessi.

4. Misure per assicurare l’efficacia dell’istituto dell’accesso civico “semplice” e “generalizzato”

Lo strumento che più di tutti consente al cittadino di entrare in contatto con l’Amministrazione dando attuazione al principio di trasparenza e consentendo un dialogo collaborativo è il diritto di accesso; accanto al diritto di accesso ai documenti amministrativi (disciplinato dalla L. n. 241/1990 e s.m.i.), l’art. 5 del d.lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. ha introdotto nel nostro ordinamento l’istituto dell’accesso civico “semplice” (comma 1) e “generalizzato” (comma 2).

L’URP e l’Area Organizzazione e Sviluppo rendono disponibile sul sito web di Ateneo - nella pagina <http://www.unina.it/modulistica/relazioni-con-il-pubblico> - i facsimili utilizzabili per proporre le domande di accesso documentale, accesso civico cd. semplice ed accesso civico generalizzato.

Il diritto di accesso civico può essere esercitato gratuitamente, con richiesta da inoltrare presso l’URP; per ulteriori dettagli e per conoscere le modalità di presentazione dell’istanza di accesso ed i recapiti dell’URP, è possibile consultare il sito web di Ateneo, al seguente link: https://www.unina.it/trasparenza/altri#p_p_id_101_INSTANCE_4KqpulJX3gg5

Si evidenzia che, sia durante i periodi di *lockdown* per l’emergenza pandemica da Covid-19 che successivamente al ristabilirsi della situazione ordinaria, l’URP, in sede di accesso civico e documentale, ha implementato una nuova procedura di rilascio degli atti richiesti con l’invio gratuito in formato elettronico degli stessi a mezzo pec, con l’ausilio dell’applicativo di Ateneo *Filesender unina*. L’utilizzo della metodologia

on line, inizialmente dettata dall'esigenza di una limitazione dei contatti fisici per far fronte all'emergenza pandemica da Covid-19, viene tuttora largamente utilizzata dall'URP.

Inoltre, l'URP garantisce supporto, laddove richiesto, in occasione delle ipotesi di cd. accesso informale, da esercitare presso l'unità organizzativa che detiene gli atti.

Al riguardo, si ricorda la necessità di fare ricorso con priorità all'accesso informale - nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. n. 184/2006 - a meno che sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse alla stregua delle informazioni e delle documentazioni fornite, sull'accessibilità del documento o sull'esistenza di controinteressati; le medesime considerazioni possono essere riferite anche all'ipotesi di accesso endoprocedimentale, esercitato ai sensi dell'art. 10 della L. n. 241/1990.

Infine, nella sezione *Amministrazione trasparente* del sito web di Ateneo, è inoltre possibile consultare il registro *on line* delle istanze di accesso civico generalizzato, aggiornato con cadenza almeno semestrale. Il Registro contiene l'elenco delle richieste pervenute e il relativo esito, con l'indicazione sommaria della motivazione, allo scopo di agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate e monitorare l'andamento delle richieste medesime.

2.3.7. Monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e soggetti esterni e Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

1. Rapporti con imprese

Nell'ambito dell'Area Attività Contrattuale, gli Uffici Contratti, prima della stipula del contratto, procedono all'acquisizione della documentazione da cui risulta la compagine societaria (rappresentanti legali, amministratori con poteri di rappresentanza, consiglieri e soci, direttori tecnici, dipendenti impiegati nell'esecuzione del contratto) e verificano, per il tramite della Prefettura, la ricorrenza delle condizioni richieste dalla normativa anti - mafia.

2. Rapporti con enti partecipati

Con specifico riferimento alla tematica delle relazioni tra Università ed enti partecipati, l'Ufficio Affari generali e l'Area di afferenza hanno proseguito l'azione di monitoraggio delle partecipazioni dell'Ateneo, curando nel corso del 2023 la predisposizione del Piano operativo di razionalizzazione delle partecipazioni societarie detenute dall'Università degli studi di Napoli Federico II al 31.12.2023. Il Piano ha richiesto un'analisi dell'assetto complessivo delle società in cui l'Ateneo detiene partecipazioni, dirette o indirette, ed è stato approvato dal Consiglio di amministrazione con Delibera n. 87 del 18/12/2024.

3. Rapporti con la società civile

In Ateneo è attivo un canale dedicato (indirizzo e-mail anticorruzione@unina.it e indirizzo PEC anticorruzione@pec.unina.it) da utilizzare per eventuali comunicazioni al R.P.C.T. e all'Ufficio Etica e Trasparenza.