

LE MISURE DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

OBIETTIVI STRATEGICI

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012, per il triennio 2022-2024 la Direzione Strategica, su proposta del RPCT, ha individuato i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (di cui agli approfondimenti successivi):

OBIETTIVO STRATEGICO 1	
Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Processo di Gestione del Rischio	Formalizzazione della nuova metodologia relativa alla mappatura dei processi e alla gestione dei rischi in ASUGI e sperimentazione della stessa in una o più Strutture Complesse aziendali, entro la data di approvazione del PTPCT 2022-2024.
OBIETTIVO STRATEGICO 2	
Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Processo di Gestione del Rischio	Introduzione della nuova metodologia per l'analisi e la valutazione del rischio e conclusione, nell'arco del triennio, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie. Valutazione, nel 2022, di almeno quattro Strutture Complesse (ulteriori rispetto a quelle coinvolte nella fase di sperimentazione)
OBIETTIVO STRATEGICO 3	
Area Qualità e Risk Management	Introduzione e implementazione della gestione documentale del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza

Tutti gli obiettivi strategici del PTPCT sono integrati all'interno dell'assegnazione degli obiettivi aziendali.

Processo di gestione del rischio

In relazione a quanto previsto dal PNA 2019, nel PTPCT 2021-2023 era stato inserito il seguente obiettivo:

Nel corso del 2021, nelle more della definizione della nuova organizzazione aziendale a seguito dell'adozione dell'Atto aziendale, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con l'Ufficio di supporto, predisporrà il nuovo modello di misurazione del livello di esposizione del rischio di tipo qualitativo, partendo dalla individuazione degli indicatori di rischio, per procedere poi alla misurazione degli stessi e alla successiva valutazione complessiva del rischio.

Nel 2021 il RPCT con l'Ufficio di Supporto ha elaborato la nuova metodologia relativa al processo di gestione del rischio, esplicitata nel documento "La mappatura dei processi e la gestione dei rischi corruttivi" allegata al Piano (Allegato 1), cui si rimanda integralmente.

La nuova metodologia è stata trasmessa alla Direzione Strategica aziendale e al fine di valutarne la coerenza e la compatibilità con la tipologia di processi / procedimenti oggetto dell'analisi si è definito di applicarla, in via sperimentale, nei primi mesi del 2022, a una o più Strutture Complesse aziendali, al fine di apportare eventuali miglioramenti.

La sperimentazione della metodologia ha riguardato, alla data di stesura del Piano, la Struttura Complessa Ricerca e Innovazione (allegato 1a). Al fine di illustrare i contenuti e i criteri della metodologia e di condividere le modalità di applicazione della stessa, si è tenuto un primo incontro tra il RPCT, l'Ufficio di supporto e il gruppo di lavoro della SC costituito dal Direttore e da alcuni collaboratori dallo stesso individuati. Successivamente la Struttura ha poi proseguito il lavoro autonomamente condividendo l'esito finale con il RPCT. La valutazione ha dato esito positivo, risultando agevole nell'utilizzo e fornendo una misurazione del livello del rischio compatibile con la valutazione qualitativa espressa dal Direttore della struttura e dal gruppo di lavoro.

A conclusione della sperimentazione si provvede ad apportare i miglioramenti o le modifiche che dovessero risultare opportune, per poi procedere all'introduzione della stessa e all'applicazione nella valutazione di almeno quattro strutture complesse aziendali entro il 31.12.2022.

Allo stato attuale l'Azienda conserva le mappature e le valutazioni dei rischi effettuate dalle precedenti aziende (cfr. Allegato 1b) e quelle stesse analisi costituiranno oggetto di riesame e di rivalutazione dei rischi mediante applicazione della nuova metodologia.

Nel 2021 inoltre, nell'ambito del Progetto complessivo aziendale (approvato con Decreto del Direttore Generale n. 649 del 30.7.2021), a tutte le strutture tecnico amministrative ASUGI, è stato assegnato il seguente obiettivo:

Obiettivo generale	Azione	Personale coinvolto	Indicatore/ risultato atteso/ tempo
Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e <i>process owner</i> sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarico di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Le mappature dei processi, trasmesse alla Direzione, nel triennio 2022-2024, diventeranno parte integrante dell'analisi dei rischi da effettuare, successivamente all'adozione del nuovo atto aziendale.

Nel corso del triennio 2022-2024, s'intende quindi introdurre la nuova metodologia di valutazione dei rischi nell'ambito delle strutture tecnico amministrative e socio sanitarie aziendali, con le scadenze di seguito indicate:

Obiettivo 1 - Sperimentazione della nuova Metodologia relativa alla mappatura dei processi e alla gestione dei rischi in ASUGI proposta dal RPCT in due Strutture Complesse aziendali e conseguente adozione della stessa				
Stato di attuazione al 30 aprile 2022	Fasi e tempi di attuazione	Tempi di attuazione	Risultato atteso	Soggetto Responsabile
ATTUATO (Sperimentazione completata presso la SC Ricerca e Innovazione)	Fase 1: Sperimentazione della metodologia in una o più Strutture Complesse aziendali	Entro il 30.4.2022	Completamento della valutazione dei rischi nelle due strutture e valutazione della eventuale necessità di modifiche alla metodologia introdotta	RPCT e Direttori delle SSCC coinvolte
ATTUATO	Fase 2: introduzione di eventuali modifiche / miglioramenti alla metodologia di valutazione dei	Entro il 30.4.2022	Approvazione definitiva della metodologia di valutazione dei rischi	RPCT

	rischi e approvazione definitiva della stessa			
Obiettivo 2 - Introduzione della nuova metodologia per l'analisi e la valutazione del rischio e conclusione, nell'arco del triennio, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie. Valutazione, nel 2022, di almeno quattro Strutture Complesse (ulteriori rispetto a quelle coinvolte nella fase di sperimentazione)				
Stato di attuazione al 30 aprile 2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto Responsabile
DA ATTUARE	Fase 1: Mappatura dei processi / procedimenti in almeno 4 strutture complesse aziendali entro il 31.12.2022	Mappatura dei processi / procedimenti completa per tutte le strutture; valutazione di rischi e individuazione delle misure di mitigazione del rischio completa in tutte le strutture	Predisposizione di una prima parte del Registro dei rischi aziendale	RPCT e Direttori delle SSCC coinvolte
	FASI SUCCESSIVE: completamento della mappatura dei processi e della valutazione dei rischi di tutte le strutture tecnico amministrative e socio sanitarie nel triennio 2022-2024	Triennio 2022-2024 con tempistiche da definire nei prossimi PTPCT	Completamento del Registro dei rischi	RPCT e Direttori delle SSCC aziendali

Introduzione e implementazione della gestione documentale del sistema di gestione integrato qualità ambiente e sicurezza

Negli ultimi anni lo sviluppo di un sistema di gestione per la qualità ha costituito una priorità delle Aziende Sanitarie pubbliche.

La garanzia della tutela della salute, l'assistenza, la prevenzione, la didattica, la ricerca, *mission* dell'ASUGI, si concretizzano in un complesso di funzioni e attività svolte dalle strutture aziendali. La risposta ai bisogni della collettività si sviluppa non solo sul piano sanitario, ma necessita di un'integrazione organizzativa, relazionale, professionale, per poter essere efficace, appropriata e puntuale. L'integrazione tra i diversi "piani" di attività svolte in Azienda è parte fondamentale del processo e, per questo motivo, un sistema di "gestione" per la qualità è necessario al fine di organizzare e presidiare i vari macroprocessi aziendali.

La "prevenzione della corruzione", come ribadito dall'ANAC in diverse occasioni, si esplica anche in un "innalzamento della qualità dell'azione amministrativa" e nel "contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione" (cfr. PNA 2019).

Va ricordato che, per quanto riguarda le precedenti Aziende: ex AAS2, nel 2015, aveva previsto l'implementazione del Sistema di gestione Integrato Qualità, Ambiente e Sicurezza secondo le norme OHSAS 18001 (oggi 15004:2016) e ISO 14001:2004 (oggi 14001:2015) e ex ASUITS era accreditata all'eccellenza con il programma Qmentum International di Accreditation Canada.

Nel 2021, con decreto del Direttore Generale n. 527, l'ASUGI ha avviato il processo di Accreditamento all'eccellenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con il programma Qmentum international di Accreditation Canada.

Nell'ambito del percorso per l'accreditamento, si ravvisa la necessità di implementare un sistema di Gestione Integrato – Qualità Ambiente e Sicurezza, al fine di:

- evitare le duplicazioni o la sovrapposizione delle procedure tra due o più sistemi;
- prevenire o eliminare possibili conflitti tra normative di per sé indipendenti;
- creare sinergie tra alcune importanti fasi gestionali, come la formazione, la revisione contabile e la documentazione (che interessano trasversalmente l'azienda);
- inglobare le attività già esistenti che rispondono a diversi scopi e che possono essere utilizzate e distribuite nel processo d'integrazione;
- unificare gli obiettivi di miglioramento e definire dei criteri decisionali e dei programmi di attuazione;
- coinvolgere il personale a tutti i livelli, in modo da razionalizzare ogni ruolo d'impiego e maturare responsabilità e senso etico del lavoro;
- semplificare i rapporti tra i diversi livelli dell'organigramma aziendale, definendo in maniera chiara ruoli, responsabilità e impatto che ogni attività può avere sul raggiungimento degli obiettivi fissati;

- individuare nuovi approcci strategici grazie all'analisi dei processi globali, in ottica di miglioramento della qualità dei servizi;
- elevare la Qualità dell'azienda sia nei confronti dell'utenza che di altri stakeholder, aumentandone la soddisfazione;
- elaborare un'unica valutazione dei rischi applicabili;
- migliorare le competenze e la consapevolezza di tutte le risorse;
- sviluppare un unico sistema di monitoraggio e piano di audit che riporta tutti i requisiti applicabili.

Il Sistema di Gestione Integrato deve comprendere:

- la gestione documentale mediante la norma ISO 9001:2015;
- la qualità e il rischio clinico mediante la norma ISO 9001: 2015 solo per la gestione documentale trasversale;
- i requisiti documentali trasversali di accreditamento istituzionale;
- I requisiti documentali trasversali dell'Accreditation Canada;
- Il sistema di gestione della sicurezza previsto dalla norma ISO 45001:2018;
- Il sistema di gestione ambientale previsto dalla norma ISO 14001:2015;
- Il sistema di gestione antincendio previsto dal D.M. 19/03/2015.

Allo stato, con DCR N. 193 del 22.3.2022 il Direttore Generale ha avviato l'implementazione del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza e ha nominato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione quale Responsabile del Sistema; quindi il Responsabile ha nominato i componenti del Gruppo di lavoro convocandoli per un primo incontro in data 29/3/2022.

Pertanto, si prevede il seguente sviluppo dell'obiettivo strategico in analisi:

Obiettivo 3 - Implementazione della gestione documentale del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza (SGI QuAS)				
Stato di attuazione al 30 aprile 2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto Responsabile
IN ATTUAZIONE	Fase 1: definizione della politica entro il 31.5.2022	Predisposizione del documento di politica del SGI e procedura della gestione delle informazioni documentate	Decreto di approvazione del documento	Responsabile del Sistema
DA ATTUARE	Fase 2: predisposizione	Predisposizione delle seguenti	Approvazione del documento da	Responsabile del

	procedure del sistema SGI QuAS entro il 30.9.2022	procedure di sistema: gestione degli audit integrati gestione delle non conformità gestione del riesame	parte della Direzione Strategica	Sistema
DA ATTUARE	Fase 3: Pianificazione triennale dello sviluppo del SGI entro il 31.12.2022	Predisposizione Gant pianificazione triennale dell'attivazione del SGI	Approvazione del documento da parte della Direzione Strategica	Responsabile del Sistema

LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si definiscono misure “generali” di prevenzione della corruzione quelle misure (individuate dal PNA) che si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione.

Codice di comportamento – diffusione di buone pratiche e valori

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con il PTPCT.

L'adozione del codice di comportamento rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Tutte le amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV». Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell'ANAC.

Nell'anno 2020 le strutture amministrative di ASUGI hanno predisposto una bozza di Codice di comportamento che è stata trasmessa alla Direzione Strategica in data 22.12.2020.

Nel PTPCT 2021-2023 era stato previsto il seguente adempimento:

La bozza del Codice sarà trasmessa, quindi, all'OIV per il parere obbligatorio e, nel corso del 2021 si prevede l'attivazione di tutte le procedure previste per l'adozione dello stesso.

A seguito dell'adozione del nuovo Codice di comportamento, i Direttori e i Responsabili di ogni articolazione organizzativa aziendale dovranno diffondere i contenuti dello stesso all'interno della struttura di competenza e vigilare sul rispetto delle previsioni ivi contenute.

A causa dell'emergenza sanitaria, che ha inevitabilmente condizionato in maniera importante, anche nel corso dell'anno 2021, le attività aziendali, le strutture tecnico amministrative hanno dovuto concentrare parte importante dell'attività nella gestione delle attività a contrasto dell'emergenza. Per questo motivo le procedure di consultazione sul codice di comportamento previste per il 2021 sono da riprogrammare per l'anno 2022, come di seguito precisato:

Misura generale: Codice di comportamento				
Stato di attuazione al 30.4.2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto responsabile
DA ATTUARE	Fase 1: attivazione delle relazioni con le organizzazioni sindacali e consultazione degli stakeholders aziendali entro settembre 2022	Attivazione delle relazioni sindacali e pubblicazione sul sito aziendale	Acquisizione dei contributi e introduzione di eventuali modifiche / miglioramenti al Codice di comportamento	Direttore SC Gestione del Personale - RPCT
DA ATTUARE	Fase 2: Parere obbligatorio dell'OIV entro ottobre 2022	Trasmissione della bozza definitiva all'OIV	Acquisizione del parere obbligatorio dell'OIV	Direttore SC Gestione del Personale - RPCT
DA ATTUARE	Fase 3: Adozione del Codice entro il 31.12.2022	Predisposizione del DCR di approvazione entro il	Adozione del nuovo Codice di comportamento ASUGI	RPCT per la predisposizione del provvedimento

		15.12.2022		
--	--	------------	--	--

Va evidenziato che, nelle more dell'adozione del nuovo Codice, rimangono in vigore, per le aree di competenza, i codici adottati dalle precedenti Aziende e, in particolare:

- AAS2 ha adottato il Codice di comportamento aziendale con Decreto del Direttore Generale n. 62 del 26.2.2015

- ASUITS ha adottato il proprio Codice di comportamento con Decreto del n. 50 del 31.12.2017.

Nel corso del biennio 2023-2024 sarà necessario divulgare i contenuti del codice anche mediante iniziative formative specifiche da programmare nel Piano Formativo Aziendale.

Quanto al MONITORAGGIO e alle verifiche circa il rispetto del codice di comportamento, si prevede che entro la fine di ogni anno (30 novembre o diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione annuale ad ANAC), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmetta al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

- a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;
- b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;
- c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Nei medesimi termini l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, inoltre, formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

Le stesse informazioni, circa l'eventuale riscontro di comportamenti non conformi con le regole dettate dal Codice di comportamento, e in merito alle proposte di miglioramento del Codice e di iniziative formative vengono richieste anche ai Responsabili di tutte le strutture aziendali nella relazione di fine anno delle strutture.

Rotazione ordinaria del personale

Tutti i PNA hanno sempre posto l'accento sull'importanza che riveste la rotazione ("ordinaria") dei dirigenti e dei dipendenti come strumento fondamentale per contrastare la

corruzione. L'alternanza, infatti, ridurrebbe il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta profili non indifferenti di delicatezza e complessità, dal momento che risulta difficilmente coniugabile con l'altrettanto importante principio di continuità e di buon andamento dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. Inoltre costituisce ostacolo alla rotazione anche la dimensione degli uffici e il numero dei dipendenti operanti. Nella delibera n. 13 del 4/2/2015 l'ANAC, ha dato indicazioni, in via generale, circa alcuni criteri che dovrebbero essere osservati per l'applicazione del criterio di rotazione:

1. la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
2. la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
3. la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti anche contrattuali individuali dei dipendenti sottoposti alla misura della rotazione e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono temperare quindi le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
4. i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPC e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;
5. sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

Nel PNA 2016, Approfondimento sezione "Sanità", cui anche il PNA 2019 rinvia, inoltre l'ANAC stessa ha sottolineato che

"In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e

prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. [...]"

Sempre nel PNA 2016 l'ANAC ha indicato che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni siano tenute ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggior condivisione delle attività fra operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Sul tema è intervenuta nuovamente l'ANAC anche con il PNA 2019, Allegato 2 ("La rotazione "ordinaria" del personale"), dando indicazioni ulteriori circa le misure alternative da applicare in caso di impossibilità di rotazione. Tra le **misure alternative** che si prevede di applicare in Azienda si elencano di seguito:

→ il rafforzamento delle misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;

→ la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;

→ nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate il rafforzamento di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. (Ad esempio il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria);

→ una articolazione dei compiti e delle competenze che consenta di evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo al medesimo soggetto finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti; nelle aree a rischio, affidamento, ove possibile, delle varie fasi procedurali a soggetti diversi, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale;

→ eventuale programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità, ove il numero dei dipendenti presenti lo consenta.

Nei casi in cui si ritenesse necessario programmare la rotazione, si delineano i seguenti criteri in coerenza con quanto previsto dall'ANAC:

- il dirigente competente, ove necessario, valuta con il supporto del RPCT le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione, delineando: a) quali

uffici sottoporre a rotazione, b) la periodicità con cui procedere a rotazione, c) le caratteristiche della rotazione (se funzionale o territoriale);

- sui criteri stabiliti per la rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte (tale informazione non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia) ;
- la rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Azienda, ed in considerazione della competenza professionale del personale, e non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

Inoltre, va ricordato, che la valutazione in merito alla eventuale rotazione dei dirigenti e del personale del comparto titolare di incarico gestionale, viene effettuata alla scadenza dell'incarico.

Va evidenziato, infine, che essendo l'ASUGI Azienda di nuova costituzione, in cui sono confluite due aziende sanitarie e che vedrà l'approvazione di un nuovo Atto Aziendale con conseguente revisione dell'assetto organizzativo e istituzionale, la rotazione del personale dirigente e del personale del comparto potrà realizzarsi anche a seguito dell'affidamento dei nuovi incarichi di direzione e responsabilità delle strutture e nella costituzione degli uffici e delle articolazioni aziendali.

La rotazione "straordinaria"

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"), dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *"provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi"*.

Dalla disposizione si desume l'obbligo per le amministrazioni di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

L'ANAC si è più volte soffermata sull'istituto della così detta "rotazione straordinaria", dapprima con il PNA 2016, quindi con il PNA 2017 e con il PNA 2018, per giungere infine ad adottare con delibera n. 215 del 26 marzo 2019 le "Linee guida in materia di applicazione della

misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del dl.gs. n. 165 del 2001", cui si rinvia anche nel PNA 2019.

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, l'ANAC nella su citata delibera ha esplicitato la necessità che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare (vedi PNA 2019) si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria.

Come previsto nei precedenti PTPCT, l'Azienda ha predisposto una procedura sull'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria, nella quale si è tenuto conto anche di quanto stabilito dall'ANAC nelle delibere 345 del 22.4.2020 "*Individuazione dell'organo competente all'adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria, ai sensi dell'art. 16, co. 1, dell. 1-quater) del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nelle amministrazioni*" e n. 538 del 17.6.2020 "*Applicabilità dell'istituto della rotazione straordinaria (art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165) ai medici specialisti ambulatoriali con rapporto di lavoro con le Aziende Sanitarie di riferimento di natura convenzionale regolato dal CCNL*".

La procedura sull'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria è contenuta nell'Allegato 3 del PTPCT aziendale.

Conflitto di interesse

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

Come evidenziato da ultimo anche dal PNA 2019, nel caso del conflitto di interessi è importante fare riferimento ad un'accezione ampia dello stesso attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

Pertanto vanno considerate sia le situazioni di conflitto di interessi reale e concreto (di cui all'art. 7 e all'art. 14 del d.P.R. n. 62 del 2013), sia quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Il conflitto di interessi è stato riordinato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione sia a soggetti esterni destinatari di incarichi, mediante norme che attengono a diversi profili quali: l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi; le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39; l'adozione dei codici di comportamento; il divieto di pantouflage; l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali; l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

Obbligo di comunicazione e di astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi

La disciplina dell'obbligo di astensione nel caso di conflitto di interessi è stata introdotta dalla L. n. 190/2012, che, inserendo l'art. 6 *bis* nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", ha stabilito che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati.

I dipendenti dell'Azienda sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di potenziale conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine sono state introdotte specifiche disposizioni anche nel Codice di comportamento ASUGI, che sarà adottato nel corso dell'anno.

Il conflitto di interessi è disciplinato anche dal DPR 62/2013, codice di comportamento dei dipendenti, che prevede:

- all'art. 6 l'obbligo per il dipendente di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti e l'obbligo per il dipendente di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- all'art. 7 una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione;
- all'art. 14 l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio".

Il dipendente è quindi tenuto a rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interessi: 1. al momento dell'assunzione; 2. nel caso di trasferimento interno con assegnazione ad una struttura diversa; 3. ogni qual volta subentri una condizione tale da poter configurare un conflitto di interessi.

Per il settore degli acquisti fondamentale risulta anche la norma di cui all'art. 42 del codice dei contratti pubblici, d.lgs. 50/2016 la quale, nel prevedere l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, stabilisce, al comma 2, che *“Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62.”*

Lo stesso art. 42 prevede, quindi che *“ Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico”, .”* Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici”; *“La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati”.*

Nel PTPCT 2021-2023 si era previsto l'obbligo di acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento della nomina a RUP; per l'anno 2021 tutte le strutture coinvolte nel settore acquisti hanno confermato al RPCT di aver acquisito tali dichiarazioni (vedi Allegato 2 Monitoraggio adempimenti PTPCT 2021-2023).

Nel Codice di comportamento (da adottare) sono state inserite precise disposizioni in merito alla procedura di acquisizione delle dichiarazioni, tra cui: l'obbligo di comunicazione, all'atto dell'assegnazione ad una Struttura, al Direttore della stessa di quanto previsto dall'art. 6 DPR 62; l'obbligo di astensione connesso ad un obbligo di segnalazione al Dirigente (e, successivamente, al RPCT in sede di monitoraggio annuale); l'assegnazione della competenza in merito alla valutazione delle segnalazioni di possibili conflitti di interesse.

Il Codice di comportamento contiene disposizioni anche in merito all'obbligo di comunicazione circa

- l'adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, di cui all'art. 5 del DPR 62;

- la titolarità di partecipazioni azionarie in società accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale o comunque in società che svolgono attività che possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.

Nel corso del 2022 si ritiene opportuno sensibilizzare il personale dipendente, con circolari o note della Direzione Strategica che ricordino a tutti gli obblighi di comunicazione previsti dalla normativa vigente; quindi, con l'adozione dell'atto aziendale sarà predisposta, se del caso, apposita modulistica da condividere con i Responsabili delle strutture aziendali

Inoltre, anche per quanto riguarda i consulenti e collaboratori, all'atto dell'assegnazione dell'incarico i professionisti devono rendere apposita dichiarazione in merito alla insussistenza di conflitti di interessi. Nel 2022 si provvederà a inserire nei moduli una specifica previsione in merito all'obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione che possano costituire possibili conflitti di interesse.

Pertanto, la programmazione della misura generale in analisi prevede:

Misura generale: obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitti di interesse				
Stato di attuazione al 30 aprile 2022	Fasi	Tempi di attuazione	Risultato atteso e Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
DA ATTUARE	Fase 1: collaboratori e consulenti - previsione in merito all'obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione	Modifiche apportate entro il 30.5.2022	Miglioramento della modulistica e maggiore garanzia nei rapporti con i professionisti esterni	RPCT
DA ATTUARE	Fase 2: adozione del codice di comportamento e, successivamente, elaborazione di	Entro il I semestre 2023	Diffusione della procedura a tutto il personale	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale

	una procedura specifica per la corretta gestione delle dichiarazioni			
DA ATTUARE	Fase 3: Sensibilizzazione del personale con nota della Direzione	Trasmissione nota / circolari entro I semestre 2023	Maggiore consapevolezza del personale dipendente	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale
DA ATTUARE	Fase 4: valutazione della possibilità di uniformare la modulistica relativa alle dichiarazioni di conflitti di interesse	Entro il I semestre 2023	Diffusione della modulistica in tutte le Strutture	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale
ATTUATA	Acquisizione delle dichiarazioni da parte dei dipendenti all'atto della nomina a RUP	All'occasione	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni	Direttori delle SSCC competenti
ATTUATA	Acquisizione delle dichiarazioni da parte dei dipendenti che intervengono nella procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni , o nella fase di esecuzione, in merito a interessi finanziari,	All'occasione	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni	Direttori delle SC competenti

	economici o personali (art. 42 dlgs 50/2016)			
IN ATTUAZIONE	Monitoraggio annuale	Entro il 31.12.2022 in occasione della Relazione annuale dei Direttori di Struttura al RPCT	Verifica dell'acquisizione delle dichiarazioni	RPCT e Direttori / Referenti delle SSCC coinvolte

Attività ed incarichi extra-istituzionali

L'art. 53 del D.lgs. 165/2001 prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati sottoponendola ad un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. L'art. 53 è stato modificato anche dalla l. 190/2012 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione.

ASUGI ha predisposto un Regolamento unificato sullo svolgimento degli incarichi extraistituzionali che, a causa delle contingenze legate all'emergenza sanitaria non è stato possibile adottare nel 2021.

Pertanto, nel 2022, si procederà all'adozione del Regolamento e alla diffusione dello stesso a tutto il personale.

Nelle more dell'adozione, restano in vigore i Regolamenti adottati dalle precedenti aziende:

- ASUITS con decreto 149 del 21/2/2018;
- AAS2 con decreto 461 del 24/9/2015.

Anche nel 2022 l'osservanza delle disposizioni anche aziendali in materia di incompatibilità e di incarichi extraistituzionali costituirà oggetto di monitoraggio in sede di relazione annuale richiesta ai responsabili delle articolazioni organizzative aziendali.

Per quanto riguarda il diverso ambito degli incarichi conferiti dall'amministrazione a propri dipendenti si rinvia a quanto previsto di seguito.

Inconferibilità e incompatibilità per specifiche per posizioni dirigenziali

Il D.Lgs n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato delle particolari ipotesi di

- inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati 1) a soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 3), 2) in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza (artt. 5 e 8);
- incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati (artt. 10 e 14).

Per quanto riguarda, in particolare, le Aziende Sanitarie, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità riguardano:

a) nelle ipotesi previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs 39/2013 gli incarichi conferiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore dei servizi sociosanitari (atteso che l'incarico di direttore generale/ viene conferito dall'amministrazione regionale);

b) nell'ipotesi cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013 (condanne con sentenze anche non passate in giudicato per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del c.p.) i destinatari degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura semplice o complessa come individuati dalla delibera ANAC 1201/2019 (dirigenza tecnico-amministrativa)¹

¹ La CIVIT, con delibera n. 58/2013 precisava in origine che la disciplina dettata dal citato decreto legislativo era applicabile anche agli incarichi di direzione di struttura nelle Aziende del Servizio Sanitario, con esclusione delle sole strutture semplici inserite in altre strutture e prive di qualsiasi autonomia gestionale e amministrativa.

Con orientamento n. 85/2014, l'ANAC, conformandosi alla pronuncia del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014, ha tuttavia stabilito che: "Non sussiste l'incompatibilità di cui all'art. 14, comma 2, lett. b) d.lgs. n. 39/2013 tra l'incarico di direttore medico di struttura complessa di un'azienda sanitaria locale e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione, in quanto la suddetta disposizione si applica ai soli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende sanitarie locali (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 12 novembre 2014, n. 5583)".

Con successiva delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, l'ANAC, ha confermato tale ultimo orientamento, ribadendo che: "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Infine, va registrato l'ultimo intervento dell'ANAC, con la delibera n. 1201 del 18.12.2019, nella quale l'Autorità si è così espressa: "Nelle aziende ospedaliere (quale genus di molteplici species di enti), infatti, non operano solo dirigenti medici- farmacisti- biologi- veterinari bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali".

Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medicosanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi questa Autorità ha ritenuto che valgano le

• Per il triennio 2022-2024, in relazione agli incarichi conferiti di direttore amministrativo, di direttore sanitario e direttore dei servizi sociosanitari, vengono confermati gli adempimenti previsti anche nei precedenti PTPTC, ovvero:

Direttore Amministrativo – Direttore Sanitario – Direttore Sociosanitario	
Adempimenti e tempistiche	Soggetto responsabile
Preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità da parte del destinatario dell'incarico* (all'atto della nomina);	DG
Successiva, tempestiva, verifica, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti	RPCT
Pubblicazione della dichiarazione dell'interessato sul sito web aziendale contestualmente alla pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico	RPCT
Acquisizione annuale di una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e la conseguente pubblicazione sul sito web aziendale	RPCT

*Si evidenzia che, per quanto riguarda le verifiche in merito alle inconferibilità e incompatibilità legate a candidature a cariche politiche o all'aver rivestito cariche politiche di cui al decreto 39, permane la criticità determinata dalla assenza di una banca dati locale o nazionale da utilizzare per le verifiche delle autodichiarazioni.

• In relazione al conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice ai dirigenti tecnico-amministrativi si prevede:

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

Dirigenti professionali, tecnici, amministrativi / Conferimento incarichi di Struttura Complessa e Semplice	
Adempimenti e tempistiche	Soggetto responsabile
Acquisizione di una dichiarazione di assenza delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013, preventiva rispetto all'atto di nomina	Direttore SC Gestione Risorse Umane
Successiva verifica delle dichiarazioni rese, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti	RPCT

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

La L. n. 190/2012 – in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, l'art. 1, comma 46 della L. 190/2012 ha inserito l'art. 35 bis nel D. Lgs n. 165/2001, ponendo delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

In particolare l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

– di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

– di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

– di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Anche il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in

contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Il PNA 2019 prevede che ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, le pubbliche amministrazioni siano tenute a prevedere nei PTPCT, le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

→ all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);

→ all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001.

Come già previsto nei PTPCT precedenti, permane tra i compiti dei dirigenti, ciascuno per la propria area di competenza, il verificare che la procedura per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse ed incompatibilità di cui al citato art 35-bis sia attivata per tutte le fattispecie, eventualmente implementando, ove necessario la relativa procedura o modulistica.

Inoltre, nel 2020, in ottemperanza a quanto previsto dal PTPCT, è stato predisposto il Regolamento unificato sui criteri di nomina delle Commissioni di gara; nel 2021 a causa dell'emergenza sanitaria non è stato possibile procedere con l'adozione dello stesso.

Pertanto il Regolamento unificato sui criteri di nomina dei Commissari di gara sarà adottato nel corso del 2022.

Nelle more dell'adozione rimangono in vigore i Regolamenti adottati dalle precedenti aziende: ASUITs aveva adottato il "Regolamento recante criteri per la nomina delle Commissioni di gara" (DCR 730 del 12/9/2018) e AAS2 aveva adottato il "Regolamento aziendale per la nomina dei componenti le commissioni giudicatrici nei casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa" (DCR 469 del 5.9.2019).

In ogni caso permane l'obbligo di dichiarazione così come di seguito specificato:

Misura generale: Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione				
Stato di attuazione al 30.4.2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto Responsabile
ATTUATA	Divieto di partecipazione a commissioni per l'affidamento di lavori, servizi	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore della Struttura competente

	e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere di gara			
ATTUATA	Divieto di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore SC Gestione Risorse Umane
ATTUATA	Divieto di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore SC Gestione Risorse Umane

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

L'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

L'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013, ha ampliato la platea dei destinatari del divieto, disponendo che, *“ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16 ter dell'art. 53 del d.lgs. n.165/2001, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un*

rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico".

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs n. 165 del 2001, l'Azienda

-inserisce negli schemi tipo dei contratti di assunzione / incarico del personale la clausola recante il divieto di *pantouflage* (per i profili che svolgono le funzioni cui si riferisce l'art. 15 c. 16 ter);

- inserisce nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici e negli atti di convenzionamento con strutture private una clausola che preveda l'obbligo per l'operatore economico di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

Sul tema, l'ANAC è intervenuta sia in occasione dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione sia con il Piano Nazionale 2019, con precisazioni che riguardano sia l'ambito di applicazione, precisando tra l'altro che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento, *"collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (...) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione"* e precisando che la norma si applica anche ai soggetti legati all'amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo.

Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offrente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In sede di Relazione dei direttori di SC di fine anno al RPCT si procede alla verifica dell'attuazione degli adempimenti previsti nella presente sezione.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)

L'art. 54 *bis* del D.lgs. 165/2001, *"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"*, introdotto nel 2012 dalla L. n. 190, *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*, è stato rivisto e modificato dalla L. 30.11.2017, 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"*, entrata in vigore il 29 dicembre 2017.

In particolare, la L. 179/17 ha previsto che dipendente che *"nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile,*

condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro”, prevedendo che, detto dipendente non possa essere “sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione”.

I principi fondamentali posti dalla disciplina sono quindi:

- tutela dell’anonimato;
- divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*;
- sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex L. 241/90.

In ASUGI nel 2020 è stato predisposto il “Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e per la garanzia delle relative forme di tutela”; nel 2021 il Regolamento è stato aggiornato in base alle nuove Linee Guida ANAC adottate con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021, ed è stato quindi adottato con DCR del Direttore Generale n. 1117 del 24.12.2021.

Il Regolamento è pubblicato sul sito web aziendale sia nella sezione *Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali* che nella sezione *Altri contenuti / Prevenzione della corruzione*.

Per la trasmissione delle segnalazioni l’Azienda ha attivato un indirizzo email, accessibile esclusivamente dal RPCT aziendale, ed ha predisposto una modulistica dedicata, pubblicata sul sito web aziendale.

Nel corso del biennio 2022-2023 sarà valutata la fattibilità dell’introduzione di una piattaforma informatica per la raccolta delle segnalazioni che consenta di garantire la riservatezza del segnalante, così come previsto dalla normativa vigente.

La formazione

L’Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell’ambito della strategia per la prevenzione dell’illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

La disciplina relativa alla formazione del personale anche in materia di prevenzione della corruzione è contenuta, a partire dall’anno 2014, nel Piano annuale e ivi trova specifica previsione anche per gli aspetti di budget; la tempistica del Programma delle attività si ritrova in una delle azioni del cronoprogramma.

Ai Responsabili delle strutture aziendali, entro il 30 novembre di ogni anno (o entro diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione

annuale ad ANAC), viene richiesto di segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione il fabbisogno di formazione del personale della propria struttura in materia di anticorruzione e trasparenza.

Sulla base di tali segnalazioni, il RPCT, sentiti i Referenti, definisce annualmente i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria.

In via generale, i percorsi di formazione possono essere di livello generale e dedicati a tutti i dipendenti dell'Azienda (come previsto ad esempio in occasione dell'adozione di nuovi Codici di comportamento, nuovi Codici disciplinari, o dell'entrata in vigore di normativa di carattere generale come avvenuto con il Regolamento europeo sulla protezione dei dati, etc), e percorsi di formazione di livello specifico rivolti ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Responsabili di struttura, ai Referenti e a tutti i soggetti, anche privi di qualifica dirigenziale, addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione.

Nel 2020, a causa della diffusione della pandemia da SARS – CoV- 2, i corsi di formazione in presenza sono stati sospesi su tutto il territorio nazionale, riprendendo, successivamente, con modalità a distanza Nel 2021 sono proseguiti in parte in presenza e in parte a distanza pur non svolgendosi a pieno regime a causa delle restrizioni vigenti.

Va segnalato che nel 2021 l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha avviato le procedure per consentire a tutti gli enti del servizio sanitario regionale di fruire di una formazione a distanza su temi di interesse comune nell'ambito della trasparenza e anticorruzione.

Nel 2022, sulla scorta anche delle segnalazioni pervenute dai Responsabili, si intende programmare una formazione di livello specifico in ambiti operativi più sensibili, con modalità che saranno valutate in corso d'anno.
--

In generale, la partecipazione ai corsi di formazione in materia è obbligatoria per i destinatari della stessa e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dal presente Piano.

Patti di integrità

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'esplicito impegno anti corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Nel 2022 sarà adottato il nuovo Patto d'integrità ASUGI, già predisposto dalle strutture competenti.

Nelle more rimangono in uso i patti d'integrità delle precedenti Aziende (per ASUI TS schema del patto adottato con decreto DG n. 652 del 26/10/2016; per AAS2 schema adottato con DCR n. 258 del 26/5/2016).

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al RPC.

Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

L'art. 1 comma 28 della L. 190/2012 stabilisce l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di provvedere al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. Il Dlgs 33/2013, all'art. 24 prevedeva l'obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale, nella sezione amministrazione trasparente, dei risultati del suddetto monitoraggio periodico.

Anche su questo punto è intervenuto il Dlgs 97/2016, che ha abrogato l'art. 24 del Dlgs 33.

A gennaio 2017, l'ANAC, nella delibera n. 1310, ha precisato quanto segue:

“L'art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, si precisa che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione.”.

Il monitoraggio concernente il rispetto dei tempi procedurali resta un obbligo in capo ai singoli responsabili di struttura, che devono conservarne la relativa documentazione e che hanno l'obbligo di segnalare al RPCT su base semestrale solo le situazioni in cui si sia verificato il mancato rispetto dei tempi e le motivazioni dello stesso.

Nel 2022 sarà cura del RPCT trasmettere una comunicazione in merito agli obblighi di monitoraggio al fine di ricordare alle strutture l'obbligo di esecuzione e di conservazione della documentazione attestante i monitoraggi svolti.

Segnalazione di operazioni sospette

Con il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva

2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90, il legislatore ha imposto una serie di “obblighi di adeguata verifica della clientela” (del titolare “effettivo” della società con cui si contrae); inoltre ha imposto l’obbligo anche per la P.A. di segnalare le operazioni sospette all’Unità di informazione finanziaria (di seguito UIF) istituita presso la Banca d’Italia.

La UIF con provvedimento del 4 maggio 2011 ha dettato le prime “Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette”, da ultimo aggiornandole con provvedimento del 23 aprile 2018 recante “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”.

Per l’individuazione delle “operazioni sospette” di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo si fa riferimento al Decreto del Ministero dell’Interno del 25 settembre 2015 e al citato provvedimento Banca d’Italia-UIF del 23 aprile 2018, recanti gli indicatori di anomalia nelle transazioni finanziarie.

Il suddetto decreto in particolare, emanato esplicitamente per la P.A., ribadisce all’art. 4 l’obbligo di segnalazione e reca in allegato una serie di indicatori di anomalia nelle transazioni, in presenza dei quali la P.A. è tenuta a segnalare l’operazione all’UIF.

Attualmente in ASUGI è in vigore il Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, adottato dalla ex AAS2 con decreto del Direttore Generale n. 934 del 27.12.2018, che è da ritenersi esteso alla nuova realtà aziendale.

Nel PTPCT 2021-2023 era stata prevista la valutazione circa la necessità di aggiornamento del suddetto Regolamento a seguito dell’adozione del nuovo atto aziendale.

Tale necessità viene pertanto riportata al 2022, posto che l’atto aziendale nel periodo di stesura del presente Piano non risulta ancora adottato.

MISURE ULTERIORI DI CARATTERE SPECIFICO

Quanto alle misure di carattere specifico, si da atto, come di seguito specificato, dell’attuazione delle misure previste nel PTPCT 2021-2023 e si prevede che nel triennio 2022-2024 dovranno essere assicurate anche le seguenti attività specifiche, ulteriori rispetto alle misure generali, per i seguenti settori particolarmente esposti a rischio:

Settore del personale

- a) trasmissione di un *report* annuale al RPC degli incarichi dirigenziali affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l'incarico è stato conferito, dell'oggetto, dell'importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva;
- b) in tema di regolamentazione del conferimento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda ha adottato, come previsto dal PTPCT 2021-2023 il Regolamento per la graduazione, l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'area Sanità dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (con DCR n. 500 del 10.6.2021) – pubblicato su sito web aziendale nella sezione *Amministrazione Trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali* ; per il 2022 si prevede di adottare il Regolamento per la graduazione, l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area PTA;
- c) mappatura degli incarichi affidati a dipendenti e a esterni e verifica dell'assoggettabilità agli obblighi di comunicazione / pubblicazione, da completare entro il biennio 2022-2023.

Incarichi di consulenza legale e difesa in giudizio

Nel 2021 l'Azienda ha adottato:

1. il Regolamento aziendale unico sul patrocinio legale dei dipendenti e aventi diritto (DCR 1132 del 30.12.2021);
2. il Regolamento che disciplina l'affidamento di incarichi legali a professionisti esterni dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (DCR 1133 del 30.12.2021).

Entrambi i Regolamenti sono pubblicati sul sito web aziendale nella sezione *Amministrazione Trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali*.

A completamento di quanto previsto dal PTPCT 2021-2023, permane la necessità della conseguente costituzione dell'albo unificato dei legali.

Settore affari generali legali

Si conferma anche per il triennio 2022-2024 l'obbligo per la SC Affari Generali Legali e Assicurazioni di effettuare gli opportuni controlli sull'esistenza di partecipazioni azionarie dei dipendenti aziendali nelle strutture sanitarie accreditate con il SSR, con successiva comunicazione, annuale o in base ad eventuali esigenze specifiche, al RPCT.

Settore affidamento di lavori, servizi e forniture – contratti pubblici

- a) adozione del regolamento relativo alle competenze del R.U.P. (Responsabile unico del procedimento) e del D.E.C. (Direttore dell'esecuzione del contratto) e alla fase di esecuzione dei contratti pubblici di forniture di beni e servizi.
- b) adozione del regolamento unico relativo alla costituzione e funzionamento delle Commissioni di gara (che recepirà i vincoli di cui alle successive lettere d), e) e f))
- c) trasmissione di report annuale al RPC, entro il 15/2 di ogni anno per il periodo precedente, relativo alle eventuali segnalazioni ricevute in sede di gara da operatori economici su clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- d) divieto di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che abbiano svolto o potrebbero svolgere altre funzioni o incarichi tecnici o amministrativi relativamente al contratto del cui affidamento si tratta;
- e) divieto, per coloro che hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte, relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto;
- f) tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
- g) con riferimento al procedimento di riqualificazione del comprensorio di Cattinara e realizzazione nuovo ospedale pediatrico infantile Burlo Garofolo: trasmissione di report semestrale all'RPC inerente i subappalti e i SAL, nonché trasmissione, a seguito dell'adozione, dei provvedimenti riguardanti le varianti;
- h) rispetto della delibera ANAC n. 122/2022 in relazione alla richiesta del CIG ordinario per tutti gli affidamenti (anche sotto i 40.000 euro) finanziati con le risorse del PNRR e del PNC.

Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione (se presente);
- oggetto e natura dell'appalto;
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi;
- importo dell'appalto;
- termini temporali dell'appalto;

- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione, progettisti e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP

Appalti di importo inferiore alle soglie previste dall'art. 35 del Codice dei contratti pubblici.

La materia è disciplinata dalla normativa nazionale vigente ed è stato approvato, con decreto n. 211 dd. 5/04/2017 il "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia". All'art. 9, u.c. del Regolamento, è prevista la trasmissione di *report* semestrale al RPC degli affidamenti "sottosoglia" da parte dell'ufficio finanziario dell'Azienda con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento, al fine di monitorare il rispetto delle soglie previste per legge (in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni).

A seguito della modifica introdotta con il decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 che ha interessato, fra l'altro, l'art. 36 del codice (Contratti sotto soglia), l'ANAC ha aggiornato (delibera 2206 dd. 1.3.2018) e Linee guida n. 4 recanti "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici".

L'Azienda ha predisposto la bozza del Regolamento unico per gli affidamenti "sotto soglia" (Adottato, in precedenza, da ASUITS con dcr 211 del 5.4.2017 e da AAS2 con dcr. n. 398 del 19.7.2019), di cui si prevede l'adozione nel 2022.
--

Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori

Le attività relative alla programmazione e acquisizione di beni e servizi si svolgono, ai sensi della normativa vigente, nel contesto sancito dal legislatore nazionale e regionale (d. lgs. 50/2016; L.R. 17/2014 come modificata dalla L.R. 27/2018), ed in costante relazione con CONSIP e con Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (subentrata ad EGAS), centrale di committenza per gli enti del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, nonché con la Centrale Unica di Committenza della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.

L'A.R.C.S. svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi.

Le attività di acquisizione di forniture di lavori, beni e servizi sono strettamente conseguenti alla valutazione dei relativi fabbisogni e alla pianificazione degli interventi, nella cornice delle disposizioni normative e linee guida della Regione, dei relativi finanziamenti, e della conseguente redazione dei programmi aziendali.

L'Azienda procede, quindi, alla programmazione dei fabbisogni di lavori, beni e servizi, comunicandoli periodicamente – per lo svolgimento delle relative procedure di acquisizione - all'ARCS, nonché svolgendo autonomamente le procedure per le acquisizioni in conformità al contesto sopra delineato.

Nomina RASA

È stato nominato un unico soggetto, il dott. GUIDO Antonio, preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

Rapporti con soggetti erogatori

L'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. e i. prevede la stipula di accordi contrattuali con le strutture private accreditate al fine dell'erogazione da parte delle stesse di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per conto del Sistema Sanitario Nazionale.

La L.R. 16 ottobre 2014, n. 17 di riordino del Servizio Sanitario Regionale prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse.

Con delibera di Giunta regionale, di norma ogni tre anni, viene approvato l'accordo tra la Regione e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate. L'accordo stabilisce le risorse economiche che, per il tramite delle Aziende, sono annualmente destinate ai singoli erogatori privati, espressamente individuati nelle tabelle contenute nell'accordo medesimo.

Quindi l'accordo prevede che l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse, tenuto conto del piano regionale dei tempi di attesa.

Le strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di ricovero, ambulatoriali e/o diagnostica, per conto del SSR a favore di assistiti della regione FVG e di altre Regioni, devono essere accreditate con decreto regionale e devono essere autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria con provvedimento rilasciato dall'ASUGI.

Gli accordi sottoscritti con le strutture private sono tutti pubblicati sul sito web aziendale nella sezione *Amministrazione trasparente / Strutture sanitarie private accreditate*.

L'ASUGI in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa, procede ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati per eventuali modifiche e/o integrazione degli accordi stipulati.

Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un piano di prenotazione delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale sui 12 mesi e l'adesione alle agende CUP (centro unico di prenotazione) regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica. Le strutture si impegnano inoltre a garantire i volumi minimi e massimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" (breve – differita –programmata). Il CUP gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali con la prenotazione mensile dei volumi minimi erogativi, suddivisi proporzionalmente nell'arco dei dodici mesi, ed è facoltà dell'azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità.

Specifici obiettivi di monitoraggio, verifica e controllo sono affidati alle strutture aziendali competenti.

In particolare, per l'anno 2022 si prevedono i seguenti adempimenti:

- a. Stesura della procedura unificata relativa alla modalità di effettuazione di verifica e controllo delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero effettuati presso le strutture private accreditate di ASUGI – entro il 31.12.2022
- b. Analisi delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti di competenza e rispetto degli accordi Aziendali delle strutture private accreditate;

Settore attività libero professionale e liste di attesa

a) In ASUGI è stata predisposta la bozza del nuovo Regolamento unificato per l'esercizio della libera professione intramuraria; nel 2022 si procederà con l'attivazione di tutte le procedure necessarie alla sua adozione.

Nelle more dell'adozione rimangono vigenti i due Regolamenti adottati

- In AAS2 con decreto 445 del 22.8.2019, pubblicato sul sito web aziendale
- In ASUITS con decreto 852 del 22.1.2018, pubblicato sul sito web aziendale.

b) Nell'ambito delle attività già previste anche dai precedenti PTPCT, si conferma anche per il 2022 il mantenimento del sistema di monitoraggio per la rilevazione dei volumi di attività erogati in regime istituzionale, per poterli confrontare con i volumi di attività erogati in regime libero professionale.

Settore farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, informazione scientifica

- a) È stata predisposta la bozza del regolamento unico sulle procedure di effettuazione delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani, incluse le sperimentazioni multicentriche, che comportano l'impiego di farmaci e dispositivi medici nell'ambito delle strutture dipendenti che si prevede di adottare nel corso del 2022;
- b) il regolamento unico in tema di partecipazione del personale aziendale ad eventi finalizzati all'aggiornamento e alla formazione con spese a carico di soggetti terzi è stato predisposto e sarà adottato nel 2022 (nelle more restano in vigore i due regolamenti di ASUITS (dcr 898 del 14.11.2018) e di AAS2 (dcr 63 del 7.2.2018);
- c) produzione periodica di un report con l'evidenza delle partecipazioni autorizzate, da parte dei soggetti autorizzatori;
- d) è stato predisposto il regolamento sulla ricerca con sponsorizzazioni da parte di privati o aziende farmaceutiche o di dispositivi medici, da adottare nel 2022;
- e) predisposizione di una sezione del sito web aziendale dedicata alla Ricerca al fine di garantire trasparenza nella gestione delle procedure;
- f) le Strutture della Farmacia hanno predisposto la modulistica uniforme per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto d'interesse per il personale che partecipa alle Commissioni nel settore della farmaceutica; a seguito della condivisione di alcuni miglioramenti la modulistica sarà introdotta entro il I semestre 2022.

Servizio ispettivo

Durante l'anno 2022 sarà valutata dalla Direzione strategica la possibilità di dare impulso al Servizio Ispettivo aziendale, a seguito della nuova organizzazione conseguente alla attuazione dell'Atto Aziendale di ASUGI.

Organizzazione per processi

A partire dal 2021, la Direzione Amministrativa – sulla scorta anche delle esperienze già maturate per le finalità di cui al precedente punto e in occasione della nuova organizzazione come delineata dall'Atto Aziendale – ha inteso promuovere la visione innovativa di un'organizzazione più funzionale in quanto articolata per processi, intesi come attività omogenee e correlate dal punto di vista dell'*output*, formalizzando anche i relativi *process owner*. Si prevede, al riguardo, un'attività informativa/formativa a supporto dei responsabili delle articolazioni organizzative e dei collaboratori che saranno coinvolti, sia in ambito tecnico amministrativo che sanitario.

Pubblicazione di atti concernenti interventi straordinari e di emergenza

Come previsto dall'art. 42 del D.lgs. 33/2013, le strutture aziendali di volta in volta coinvolte, in quanto unità organizzative che istruiscono i relativi atti, provvedono a trasmettere all'Ufficio di supporto del RPCT i provvedimenti contingibili e urgenti adottati e i provvedimenti di carattere straordinario, unitamente alle ulteriori informazioni soggette a obbligo di pubblicazione in base al su citato art. 42.

Nella medesima sottosezione della sezione amministrazione trasparente del sito web, sono pubblicati provvedimenti adottati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica oltre ai dati relativi alla rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute dall'Azienda a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid 19 (vedi di seguito nella sezione dedicata alla Trasparenza)

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La gestione delle strutture mortuarie ha forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi si concentrano in questo particolare ambito.

Le problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, impongono, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, un'appropriata modalità di gestione.

Vanno quindi adottate misure che devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

AAS2 si era dotata di un protocollo al fine di garantire che l'individuazione dei servizi di onoranze funebri derivi da scelta autonoma dei familiari del defunto, al di fuori della struttura ospedaliera, senza condizionamenti da parte di dipendenti aziendali o delle ditte appaltatrici del servizio mortuario aziendale.

La procedura in essere viene confermata e mantenuta per il presidio ospedaliero di Gorizia – Monfalcone dell'ex AAS2, tenuto conto che l'appalto in essere riguarda unicamente la parte isontina dell'azienda.

