



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE  
2024/2026**

**L12 – ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**



**P21 – PIANO TRIENNALE  
PREVENZIONE CORRUZIONE  
E TRASPARENZA**

## Sezione **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Geronima Caffarena

Direttore S.C. Affari Generali e Legali

Nomina prorogata per un anno con deliberazione n. 38 del 07.02.2022

#### **REFERENTI AZIENDALI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

	<b>DIRIGENTE</b>	<b>INCARICO DI FUNZIONE - COORDINATORE</b>
Affari Generali e Legali	G. Caffarena	A. Cavanna
Gestione Risorse Umane	G. Caffarena (fino a 31.07.2024)	F. Marchese - E. Vallerio
Bilancio e Contabilità	N. Corte	F. Dondero
Prog. Gestione Beni e Servizi	M. Greco	D. Pinna Nossai
Gestione Tecnica	F. Goretti	G. Venturino
Sistema Informativo	C. Ulivi	M. Canepa – P. Raffo
Ingegneria Clinica	V. Lizzio	
Comunicazione e Informazione	M. Ferlenghi	V. Sanguineti E. Molinaro D. Garaventa – M. Santacroce
Igiene e Sanità Pubblica	M. Ferrari Bravo	E. Bettoni
Igiene Alimenti		
Sanità Animale	A. Raffo	
Igiene Prod. origine animale	E. Bosia	
Sicurezza Ambienti di lavoro		Castagnola L. - Gatti M.A.
Medicina Legale	N. Fadda	
DMPO	B. Mentore	
DSMD - Sert	M. Arcellaschi	E. Vescio – T. Bonomi
NPIA	G. Gai	
Salute Mentale	P. Severino	D. Tosi
Disabili Adulti		
RSA area Anziani	B. Dijk	A. Pelizzari – S. Baldini
Farmaceutica Territoriale	S. Peri	
Distretti 14 15 16	D. Mortello	C. Ferretto – F. Perazzo - M. Testoni
Cure Primarie	D. Mortello	
Centro Direzionale di Controllo	A. Brioschi	F. Cuneo – F. Kessisoglu

**I Dirigenti** vigilano sull'osservanza del Codice disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento aziendale, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari; applicano le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e gli indirizzi elaborati e diffusi dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e di essa si tiene conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

**I dipendenti** sono tenuti a:

- a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- b) osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale;
- d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione, secondo gli indirizzi forniti dal RPCT;
- e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di Comportamento ed avvalendosi degli strumenti messi a disposizione dal RPCT;
- f) partecipare alle iniziative formative di volta in volta predisposte dall'Azienda.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare.

**Il Nucleo di Valutazione** (Organismo Indipendente di Valutazione):

- a) valuta il sistema di valutazione delle prestazioni dirigenziali e del rimanente personale, proponendo azioni di miglioramento al fine di tener conto della osservanza del PIAO e delle sue misure attuative e degli obblighi delineati dai Codici di comportamento;
- b) esprime il proprio parere obbligatorio sulla proposta di Codice di Comportamento aziendale ai sensi dell'art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii.;
- c) svolge i compiti di monitoraggio connessi all'attività di prevenzione della corruzione in relazione alla misura generale obbligatoria della trasparenza amministrativa, ai sensi degli artt. 43 e 44 del D.Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.

**L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari** oltre ad esercitare le funzioni proprie delineate dall'art. 55 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i., svolge una funzione propositiva in relazione all'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Ente:

- a) propone, sulla base dell'esperienza realizzata, la revisione periodica del Codice di Comportamento;
- b) provvede ad assicurare le tutele di cui all'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165 del 2001.

**Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio** è il soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF.

In data 16.06.2020 è stata emessa la procedura AZ/PR/RPCT/01, costituente revisione della precedente, ed è stato individuato il nuovo Gestore interno, in applicazione del generale principio di rotazione.

Il Gestore attualmente individuato è **l'Ing. Cristina Ulivi, direttore S.C. Sistema Informativo.**

**Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD – DPO)**

Il Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39) ha introdotto nelle Amministrazioni la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Tale figura costituisce un riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza.

Tale incarico è stata affidato a seguito di procedura ad evidenza pubblica alla società Lattanzio Learning s.r.l., che ha espresso la persona **dell'Avv. Isabella Lucati.**

**Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)**

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata la figura di RASA. nel **Dott. Maurizio Greco, direttore S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi.**

Agli **stakeholders esterni** va riconosciuto un ruolo centrale in quanto il concetto di rendicontazione della *performance* è inteso nell'accezione di "rendicontazione sociale", che è lo strumento col quale l'amministrazione risponde alle esigenze di *accountability*, relazionando sulle ricadute sociali delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate.

## I PROVVEDIMENTI DELLA REGIONE LIGURIA E IL GRUPPO DI LAVORO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'attenzione al tema della trasparenza e della prevenzione della illegalità in ambito sanitario è per la Regione Liguria un fattore essenziale per l'organizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni adeguati ai bisogni di salute dei cittadini liguri, ferma restando la necessità di mirare ad un continuo incremento della quantità e della qualità della offerta stessa.

Con **deliberazione della Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021** è stato ridefinito il ruolo del Gruppo di Lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza istituito da Alisa nel 2016, prevedendo che la sua attività afferisca direttamente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali, al fine di:

- a. dare applicazione uniforme alle direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario;
- b. rafforzare la già avviata collaborazione del Gruppo con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (in seguito anche RPCT) di Regione Liguria.

Il gruppo è composto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali o suo delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di A.Li.Sa. e delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del S.S.R., ed è coordinato dal RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino con funzioni di coordinamento strategico tra il Dipartimento e il Gruppo stesso.

Con **Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 3/07/2023** avente ad oggetto: "Gruppo di lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla D.G.R. n. 957/2021 e ai D.D.G. n. 7878/2021 e n. 4115/2023: approvazione obiettivi 2023 e costituzione Tavolo di lavoro ristretto", è stato altresì costituito un Tavolo di lavoro ristretto che prevede la partecipazione – tramite il proprio RPCT oppure l'assistente al RPCT stesso – della ASL 3, della ASL 4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini al fine di rappresentare al meglio tutte le tipologie di Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. di cui alla L.R. n. 41/2006 e ss.mm.ii..

Il coordinamento dello stesso è stato affidato al RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino che riferirà al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

### OBIETTIVI STRATEGICI PER IL 2024

Sulla base delle indicazioni stabilite dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, sono stati di concerto definiti i seguenti obiettivi per l'anno 2024:

<b>OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</b>
L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato. A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi: a. Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti b. Prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse, (in quest'ultimo caso acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria). c. Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC.
<b>OBIETTIVO 2 - Codici di comportamento e cultura dell'integrità</b>
Nella strategia di prevenzione della corruzione la cultura dell'integrità e i comportamenti degli operatori pubblici rivestono un ruolo fondamentale. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi per favorire la conoscenza dei codici di comportamento. ü Realizzare corsi ed eventi di formazione sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale, in modo da sensibilizzare i dipendenti sui contenuti del Codice al fine di favorire una partecipazione più sensibile e qualitativa durante la fase di consultiva, necessaria e obbligatoria prima dell'adozione formale del Codice di Comportamento.
<b>OBIETTIVO 3 - Conflitto di interessi</b>
Le situazioni di conflitto di interessi sono uno degli elementi principali di cui tenere conto nell'analisi del rischio e previsione delle misure di prevenzione.

Considerata la “trasversalità” di tale fenomeno sia nell’ambito dei contratti pubblici, sia in altre fattispecie, è necessario un costante presidio.

A tal fine occorre fissare i seguenti obiettivi/azioni:

- a. Utilizzare la nuova modulistica aggiornata
- b. Dare attuazione alle procedure di controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interesse con particolare riferimento a quelle relative all’area contratti, al divieto di *pantouflage* e a quelle sull’inconferibilità e incompatibilità
- c. Integrare la fase di analisi preventiva del conflitto di interesse quale parte essenziale del processo?
- d. Definire criteri oggettivi per l’individuazione degli “interessi economicamente significativi” di cui all’art. 4 c. 6 del DPR n. 62/2013, per arginare i rischi di conflitto di interesse (o altre modalità di verifica) in relazione alle richieste/comunicazioni di svolgimento di attività extraistituzionali da parte dei dipendenti che riguardino la partecipazione di eventi promossi da aziende farmaceutiche (o da queste sponsorizzate).

#### **OBIETTIVO 4 - Segnalazione violazioni (Whistleblowing)**

Tra le misure di prevenzione ritenute più importanti a livello europeo vi è la procedura di segnalazione di violazioni di norme che ledono l’interesse pubblico o l’integrità dell’amministrazione pubblica.

In questo ambito inoltre occorre dare piena attuazione alla nuova normativa nazionale di recepimento della direttiva europea n. 2019/1937.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- a. Garantire l’applicazione della nuova normativa di cui al D.Lgs n.24/2023, con le tutele ivi previste, e l’adeguamento degli strumenti di segnalazione.
- b. Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell’istituto delle segnalazioni nei confronti dei soggetti interni ed esterni all’Ente, per fare passare il messaggio che questo strumento non debba intendersi come uno sistema di delazione ma come uno strumento istituzionale, che le amministrazioni mettono a disposizione, per incentivare la scoperta di situazioni di malamministrazione e per garantire il rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e di imparzialità;
- c. Organizzare un evento formativo presso la Regione Liguria.

#### **OBIETTIVO 5 – Anticorruzione e strumenti di programmazione**

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ex art. 6 del DL 80/2021 è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell’Ente finalizzate al valore pubblico finale, analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all’approvazione del PIAO.

In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti.

A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:

- a. Predisporre la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” secondo le direttive del Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC e in coerenza con le altre sezioni del PIAO o documento analogo.
- b. Garantire l’estensione e l’aggiornamento della mappatura dei rischi, la loro valutazione e il loro trattamento dei processi dell’Ente, da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della sezione “rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO.
- c. Prevedere il monitoraggio periodico dell’attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche e del rispetto delle misure di trasparenza.

#### **OBIETTIVO 6 – Governance delle politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza**

L’efficacia dell’attuazione del complessivo sistema di disposizioni che scaturiscono dalla legge n. 190/2012 può essere migliorata con lo sviluppo di un modello a rete territoriale a supporto dei responsabili della prevenzione della corruzione.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- a. Rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale
- b. Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.
- c. Promuovere l’ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholders

### **Settore sanitario**

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare.

A tal fine l’Autorità Nazionale Anticorruzione con il PNA aggiornamento 2015 e PNA 2016 ha dedicato alla sanità un apposito approfondimento con l’obiettivo di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell’organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

L’analisi è stata condotta anche sulla base delle fonti più rilevanti quali Rapporti del Ministero della Salute, della Regione Liguria e di A.li.sa., nonché Rapporti e analisi della Corte di Conti e ANAC.

Dal punto di vista sanitario la Liguria è organizzata in 5 aziende Sociosanitarie territoriali, 2 I.R.C.C.S. (Ospedale Policlinico San Martino e Istituto Gaslini), 2 Enti ospedalieri convenzionati (Ospedali Galliera e

Ospedale Evangelico Internazionale), oltre agli istituti di ricovero e alle strutture sociosanitarie private accreditate.

I reati contro la P.A. previsti dal Codice Penale – Dati consolidati di fonte SDI/SSD - Ministero dell’Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, sono sotto la media nazionale e non risulta che vi siano nel sistema sanitario regionale infiltrazioni da parte di organizzazioni criminali.

Nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, (PNRR), all’Italia sono stati assegnati 191,5 miliardi destinati all’innovazione e alla digitalizzazione, alla transazione ecologica, alla mobilità sostenibile, all’istruzione e la ricerca, alla sanità e infine all’inclusione e alla coesione. Nell’ambito delle risorse assegnate alla Liguria, che ammontano a circa 1.600.000 euro, per la sanità ligure sono stati destinati 188 milioni di euro. Saranno spesi per la digitalizzazione dei sistemi ospedalieri, lo sviluppo di case e ospedali di comunità, l’adeguamento antisismico delle strutture e l’ammodernamento tecnologico.

L’arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione costituisce un momento cruciale in quanto le misure di contenimento e di rilancio possono generare nuove opportunità criminali:



Per quanto attiene la gestione dei fondi del PNRR occorre svolgere una sempre più incisiva attività di controllo riguardo la Missione 6 “Salute”, con riferimento alla quale le Regioni sono destinatarie di risorse con il D.M. 20 gennaio 2022, da parte del Ministero della Salute.

Occorre inoltre rivolgere sempre particolare attenzione sugli aspetti comportamentali aventi per lo più effetti di natura amministrativa/disciplinare.

Questi settori di attività necessitano pertanto di essere continuamente presidiati in maniera attenta mediante una approfondita mappatura dei processi e il potenziamento di efficaci misure di controllo e l’implementazione dell’attività di formazione specifica.

Un ruolo fondamentale infine è rivestito dagli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che possono intervenire sia avvalendosi degli strumenti di segnalazione degli illeciti messi a disposizione dall’Amministrazione sia in termini partecipativi e propositivi con osservazioni e suggerimenti contribuendo così al miglioramento continuo dei processi aziendali anche al fine di renderli maggiormente trasparenti.

## IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Consente l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

### *Analisi del contesto esterno e interno*

#### *A. Mappatura dei Processi*

#### *B. Analisi e Valutazione del Rischio*

#### *C. Misure di Prevenzione*

#### *D. Monitoraggio e Riesame*

### **A. MAPPATURA DEI PROCESSI**

Con il PNA 2019 - allegato 1 recante "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", ANAC ha fornito indicazioni sulla "mappatura" dei processi. Tale procedura delinea un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e il loro effettivo svolgimento, che deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Essa rappresenta un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide nella qualità complessiva della gestione del rischio.

E' compito di ciascun responsabile di Struttura, competente nella gestione dei processi, procedere all'analisi costante e periodica verifica delle attività allo scopo di creare il cd. "catalogo dei rischi" e mantenerlo costantemente aggiornato, unitamente alle iniziative intraprese per la riduzione degli stessi. Bimestralmente è fornita l'occasione di confronto con il RPC.

Nel corso degli anni sono stati individuati i principali settori e i rischi di corruzione emergenti per i quali Asl 4 ha ritenuto necessario effettuare specifiche mappature dei processi.

In considerazione dell'evoluzione storica, del consolidamento delle procedure e degli aggiornamenti della normativa in materia, si è ritenuto opportuno mantenere le aree principali e inglobare i processi a rischio covid, diventati ordinari.

La mappatura è stata quindi estesa ad altre aree, pervenendo ad identificare un elenco definitivo come segue:

*Affari Generali e Legali*

*Bilancio e Contabilità*

*Gestione Tecnica*

*Direzione Medica Presidio Ospedaliero AAO*

*Farmaceutica Territoriale*

*Servizio Tossicodipendenze e Comportamenti d'Abuso*

*Igiene e Sanità Pubblica*

*Igiene Alimenti di Origine Animale*

*Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro*

*Gestione Risorse Umane*

*Programmazione e Gestione beni e Servizi*

*Centro di Controllo Direzionale*

*Qualità e Accreditamento*

*Distretti*

*Disabili*

*Igiene Alimenti e Nutrizione*

*Sanità Animale*

*Medicina Legale*

L'attuale mappatura consta di n. 32 schede, complessivamente raccolte sotto l' **ALLEGATO A**

Ovviamente la mappatura realizzata non può essere considerata esaustiva e necessita di continui approfondimenti oggetto delle azioni di miglioramento delle singole strutture.

### **B. ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

#### **1. Analisi del rischio: approccio qualitativo modello "Global Impact"**

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2021 per la valutazione del rischio di corruzione dei processi, concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 "Gestione del rischio - Principi e linee guida" e nelle "Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione" elaborate all'interno dell'iniziativa delle Nazioni Unite denominata "Patto mondiale delle Nazioni Unite" - Global Compact, oltre alle disposizioni contenute nell'Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019 contenente le Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.

Sulla base della predetta documentazione, in una logica di semplificazione e di chiarezza nell'ambito delle metodologie consentite dall'all.to. n 1 del PNA 2019, si è optato di valutare il processo nella sua interezza e non le singole fasi di cui è composto, riducendo quindi i tempi per la valutazione e l'analisi.

Infatti il metodo proposto, pur rispettando le indicazioni di ANAC, fornisce motivazioni standard precostituite per ogni valutazione di rischio. Si descrive di seguito la procedura adottata.

Il metodo “*Global Impact*” prevede due indicatori, denominati “probabilità” e “impatto”, ognuno dei quali è composto da più variabili:

la **PROBABILITÀ** consente di valutare quanto è probabile che l’evento rischioso accada in futuro.

l’**IMPATTO** valuta l’effetto qualora il rischio si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità) si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili caratterizzati da un nesso di causalità tra l’evento rischioso e il relativo accadimento:

#### **PARAMETRI INDICATORE PROBABILITÀ**

- p1 – discrezionalità**
- p2 – coerenza operativa**
- p3 – rilevanza interventi esterni**
- p4 – livello di opacità del processo**
- p5 – eventi sentinella**
- p6 – misure di prevenzione**
- p7 - segnalazioni, reclami**
- p8 – gravi rilievi**
- p9 – ruoli di responsabilità**

#### **PARAMETRI INDICATORE IMPATTO**

- i1 – impatto sull’immagine dell’ente**
- i2 – impatto in termini di contenzioso**
- i3 – impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio**
- i4 – danno generale**

Al fine di rendere applicabile la metodologia proposta sono state attuate le seguenti fasi (di cui solo la prima risulta di competenza delle Strutture aziendali mentre le altre sono riservate al RPCT sempre con lo scopo di ridurre gli obblighi in capo alle Strutture aziendali):

- Misurazione (qualitativa) del valore di ciascuna delle variabili (P e I), sopra indicate, attraverso valutazioni espresse **dai Referenti e dai gruppi di lavoro** dei singoli uffici/settori afferenti ai processi oggetto di valutazione mediante l’utilizzo di una scala di misura uniforme di tipo ordinale articolata in ALTO, MEDIO, BASSO e sulla base delle motivazioni preimpostate presenti sul file “descrizione parametri probabilità e impatto” (e inserito nella cartella di rete condivisa relativa all’aggiornamento del rischio 2021 e denominata: 2)analisi del rischio).
- Valutazione complessiva (sintesi del valore sintetico) dei valori delle variabili di entrambi gli indicatori da parte del **RPCT** attraverso l’impiego di un indice di posizione, la “moda”, ovvero il valore che si presenta con maggiore frequenza. Nel caso in cui i due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito individuare comunque il più alto dei due (conformemente al principio di prudenza richiesto da Anac).
- Attribuzione di un livello di rischiosità, a ciascun processo articolato considerato, sulla base di una matrice di rischio (già impiegata per il calcolo del rischio del 2020) che risulta strutturata applicando, anche in questo caso, la “moda”, al valore degli indicatori di probabilità e di impatto ottenuto nella fase precedente. La matrice, di seguito riprodotta, risulta articolata su sei livelli: rischio altissimo, alto, medio, basso, molto basso. Attraverso l’incrocio della sintesi del valore sintetico dei due indicatori si ottiene il livello di rischio complessivo del processo:

<b><u>MATRICE DI RISCHIO</u></b>	<b>IMPATTO</b>				
	<b>PROBABILITA'</b>	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTISSIMA	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
ALTA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
MEDIA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
BASSA	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
MOLTO BASSA	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO



struttura (indicare la Struttura)	PROCESSO (INDICARE IL PROCESSO)	PROBABILITA'									Giudizio probabilità	IMPATTO				LIVELLO DEL RISCHIO		
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9		I1	I2	I3	I4		Giudizio Impatto	
Nome Struttura	Individuazione docenti per attività formativa interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO
Nome Struttura	Corso di Formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO
Nome Struttura	Assegnazione borse di studio	MEDIO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

## 2. La ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell'ente in una delle fasce di rischio consente di definire il rischio "lordo" (intrinseco), ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di misure idonee a contrastarlo, individuando allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

L'analisi del rischio consiste nel calcolare il livello di rischio in termini di probabilità del suo effettivo verificarsi, e di impatto sull'ente: analizzare il rischio significa, mediante apposita procedura, assegnare un valore numerico ai rischi.

Tenendo conto delle attività poste in essere dall'Asl 4 nell'attuazione dei propri fini istituzionali e valutandole in relazione al diverso livello di esposizione al rischio, nell'ambito delle operazioni di mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione è stata approfondita ed è stata effettuata una dettagliata analisi del contesto interno che unitamente agli strumenti resi disponibili dall'ANAC ha facilitato una più approfondita analisi delle aree a rischio di corruzione.

Nel corso del 2021 i criteri di valutazione del rischio sono stati rivisti ed adeguati alle Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi contenute nella Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 di approvazione del PNA 2019, sulla base delle linee guida che sono state fornite dal Gruppo Regionale e dopo l'espletamento dello specifico Corso di Formazione FAD descritto in seguito.

## C. MISURE DI PREVENZIONE

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire/contenere i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è incentrata nella progettazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione: devono essere previste misure specifiche e scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Ciascuna misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dell'amministrazione. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Nei prospetti contenenti la mappatura dei processi a rischio sono state indicate per ciascuna area le misure di prevenzione per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, le fasi di attuazione, la tempistica per l'introduzione e l'attuazione, le responsabilità connesse all'attuazione della misura con l'indicazione dei responsabili, gli indicatori di monitoraggio.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 ha adottato le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia **specifiche** che **generali** per ogni singolo processo e le modalità di attuazione e di monitoraggio, con descrizione di almeno i seguenti elementi:

- tempistica, con l'indicazione delle fasi per l'attuazione;
- responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa; diversi uffici possono essere responsabili di una o più fasi di adozione delle misure;
- indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 adotta le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia generali che specifiche per ogni singolo processo.

\* \* \*

Le **MISURE GENERALI** adottate da Asl 4 sono invece di seguito meglio descritte.

#### **a. MISURE DI TRASPARENZA**

Le misure di trasparenza devono essere conformi alle linee guida approvate da ANAC con particolare riferimento alla deliberazione n. 1309 del 28/12/2016. Inoltre deve essere prevista la periodicità degli aggiornamenti dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e l'indicazione dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione ai sensi del novellato art. 10 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. Oltre al costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione Amministrazione Trasparente, nel corso del 2021 sono state adottate le seguenti misure di trasparenza **che si confermano anche per il 2023**, specificando le variazioni che si sono rese opportune alla luce dell'evoluzione normativa e del contesto.

##### **a.1 Modulistica omogenea in materia di Anticorruzione**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, con Deliberazioni assunte nel tempo, A.Li.Sa. e Regione Liguria hanno approvato gli schemi della modulistica omogenea e semplificata per tutte le aziende del S.S.R. elaborati dal Gruppo di lavoro sull'applicazione della normativa e trasparenza nelle Aziende Sanitarie, ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sui Siti Istituzionali previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, che sono stati adottati uniformemente dalle Aziende Sanitarie della Regione per l'adempimento dei suddetti obblighi.

Il RPCT e i Dirigenti delle Strutture interessate provvedono nei tempi e nei modi previsti dalla legge, alla raccolta dei suddetti moduli debitamente compilati dai soggetti interessati, ed alla successiva pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale, ove prescritto, come dettagliatamente riportato nella tabella relativa agli obblighi di pubblicazione (**ALLEGATO B**)

Il RPCT, oltre ad effettuare gli adempimenti di propria competenza, conduce verifiche sul corretto utilizzo e pubblicazione da parte delle altre Strutture, oltre a fornire indicazioni sull'utilizzo della modulistica stessa.

##### **a.2 In particolare, nuovi rischi si profilano con l'erogazione dei finanziamenti previsti dal PNRR**

Al fine della corretta rilevazione contabile e tracciamento del finanziamento, si è provveduto a creare una causale apposita (PNRR).

Regione Liguria con nota PG 21121/22 ha comunicato di aver istituito appositi capitoli di entrata/spesa nel bilancio regionale e con mail successiva ha proposto la creazione di conti nuovi in funzione delle diversi fonti di finanziamento e cofinanziamento e ha dato indicazioni contabili per la registrazione dei finanziamenti, del loro utilizzo e della futura sterilizzazione.

Al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati ad Asl 4, è stata creata la sottosezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Progetti PNRR".

#### **b. MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO**

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e di contrasto della corruzione prescritte dalla normativa vigente e dal P.N.A., assume particolare rilevanza l'elaborazione, l'adozione e l'aggiornamento di uno specifico Codice etico e di comportamento aziendale che deve, tra l'altro, affiancarsi e integrare il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale era stato adottato con deliberazione n. 201 del 18.11.2016. Con deliberazione n. 591 del 22.10.2021 è stato approvato il testo preliminare del nuovo codice di comportamento di Asl 4, ai sensi della normativa vigente ed in particolare dalle "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" approvate con determina ANAC n. 177 del 19/02/2020.

Il testo è stato aggiornato sulla base del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e del modello elaborato e approvato dal Gruppo regionale tenendo presenti i seguenti obiettivi:

- L'importanza dell'integrità del pubblico dipendente al fine di prevenire episodi di malamministrazione e di corruzione;
- L'armonizzazione del Codice di comportamento con le previsioni e gli obiettivi contenuti del Piano di prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, con particolare riferimento al rispetto degli adempimenti in materia di Prevenzione della corruzione;
- La semplificazione dei contenuti e degli obblighi presenti, eliminando, per quanto possibile, la modulistica non strettamente necessaria e gli adempimenti esclusivamente burocratici;
- L'adeguamento ai cambiamenti organizzativi conseguenti a situazioni di emergenza.

Le innovazioni più significative contenute nel documento sono:

- L'inserimento di nuove disposizioni riguardanti i dipendenti addetti a vario titolo alla prenotazione di visite, esami, prestazioni diagnostiche, specialistiche, ambulatoriali, ricoveri e al personale sanitario;
- L'inserimento di nuove disposizioni conformi alla normativa nazionale e regionale, oltre ai provvedimenti organizzativi dell'azienda, per far fronte all'emergenza Covid ed in generale a tutte le situazioni emergenziali;

- L'adeguamento dei contenuti rendendoli più flessibili rispetto alle nuove formule organizzative del lavoro (es. *smart working*);
- L'adeguamento alle indicazioni nazionali e regionali in materia di conflitto di interessi e l'applicazione delle relative Linee guida emanate da A.Li.Sa;
- La previsione di specifiche dichiarazioni riguardanti l'esistenza di interessi economici significativi nello svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'approvazione della nuova modulistica contenente le suddette dichiarazioni da rendersi da parte dei professionisti, degli sponsor e dei promoter.

La finalità principale del lavoro è stata quella di superare la mera enunciazione delle previsioni del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e di creare un documento duttile e snello adattato alla realtà dell'azienda e tale da favorire l'osservanza dei principi in esso contenuti.

Con successiva **deliberazione n. 682 del 17.12.2021**, a seguito della procedura partecipativa (pubblicazione avviso sul portale Internet e sul portale del Dipendente, informativa alle OO.SS.), acquisito il parere favorevole dell'OIV, si è proceduto **all'approvazione definitiva dell'aggiornamento del codice di comportamento aziendale** ed alla diffusione a tutti i dipendenti.

### **c. MISURE DI FORMAZIONE**

La misura è costantemente oggetto di studio e aggiornamento e viene attuata in modo uniforme in ambito regionale mediante la realizzazione di programmi di formazione regionale rivolti.

Nel 2024 vengono erogati mediante piattaforma aziendale i seguenti corsi in modalità FAD:

- **"La legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione"** corso base per neoassunti
- **"Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC"** rivolto ai dirigenti/coordinatori/funzionari delle strutture sanitarie maggiormente esposte a rischio corruzione
- **Conflitto di interessi, inconfiribilità e incompatibilità** rivolto a tutti i dipendenti
- **Antiriciclaggio: collegamenti e affinità con la prevenzione della corruzione per la concreta attivazione dei controlli** rivolto a tutti i dipendenti.

### **d. MISURE DI SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE**

Uno strumento di partecipazione particolarmente efficace è costituito dalle procedure di consultazione per l'adozione del PTPC, del codice di comportamento e degli altri atti in cui un contributo degli *stakeholders* può essere determinante sia nei suggerimenti per la redazione del documento, sia nella facilità di applicazione di un documento previamente condiviso.

Nei casi prescritti da normativa/regolamento o, comunque, ritenuti meritevoli di condivisione, Asl 4 provvede a pubblicare sul proprio sito internet un avviso agli *stakeholders* chiedendo contributi e suggerimenti.

Un ulteriore strumento di sensibilizzazione e partecipazione nei confronti di tutti i dipendenti e di tutti coloro che ne hanno l'accesso (collaboratori, organismi, ecc....) è costituito dalla rete Intranet aziendale, sulla quale è presente una sezione dedicata alla modulistica in materia di Anticorruzione e trasparenza

### **e. MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE**

#### **e1. Gestione del Whistleblowing**

In ottemperanza alle disposizioni vigenti, fin dal 2019 Asl 4, a seguito delle indicazioni del Gruppo di lavoro regionale, si è dotata di una piattaforma per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing denominata *Whistleblowing PA* e fornita da *Transparency International*, sistema risultato più adeguato ed economico a seguito di verifica condotta in concorso con i responsabili ICT.

Successivamente, la deliberazione ANAC datata 09/06/2021, n. 469 recante "Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D.lgs. 165/01" ha previsto l'adozione delle nuove linee guida sull'argomento che recepiscono - a loro volta - i principi della Direttiva (UE) 2019/1937 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione".

Le Linee Guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sull'applicazione della normativa in materia di whistleblowing e sono rivolte alle PA e agli altri enti indicati dalla legge tenuti a prevedere misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza e prevedono l'adozione di uno specifico regolamento per la gestione delle segnalazioni che deve stabilire con chiarezza i seguenti punti:

- ✓ presa in carico della segnalazione
- ✓ valutazione dell'ammissibilità della segnalazione
- ✓ inammissibilità della segnalazione
- ✓ titolare dell'istruttoria
- ✓ modalità e tempi dell'istruttoria
- ✓ conclusione del procedimento
- ✓ forma della conclusione del procedimento

Inoltre deve essere garantito il rispetto della privacy del segnalante (in caso la segnalazione non sia anonima). Conseguentemente, è stata elaborata **la procedura aziendale “SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE E DI IRREGOLARITA’ NELLA AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 4” con le istruzioni operative, rubricata con n. AZ PR RPCT 02** e diffusa a tutti i dipendenti in data 10 gennaio 2022.

*Per il 2024 è in programmazione l’adeguamento della procedura alle Linee Guida ANAC – deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023.*

## **e2. Disposizioni e procedure in materia di comunicazione di operazioni sospette (Antiriciclaggio)**

Il sistema normativo italiano in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo prevede che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a comunicare all’Unità di Informazione Finanziaria della Banca d’Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette, sulla base di istruzioni dettate dalla stessa UIF con propri Provvedimenti.

L’ottemperanza alle suddette disposizioni si rende ancora più attuale e necessaria in questo periodo emergenziale nel quale si verificano ingenti flussi di denaro derivanti dalle donazioni e dagli acquisti in deroga alle procedure previste dal codice dei contratti.

### **Responsabile**

Il Responsabile della segnalazione è il Direttore/Responsabile di ogni struttura aziendale che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all’organizzazione, che risponde, in quanto tale:

- dell’applicazione della presente procedura nelle attività di competenza,
- della segnalazione al Gestore delle operazioni/transazioni sospette o su cui possano sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza,
- della completezza e della correttezza del contenuto delle segnalazioni trasmesse per la parte di specifica competenza, al fine di supportare il gestore nelle valutazioni a lui attribuite.

### **Gestore**

E’ il referente delle segnalazioni di operazioni sospette, delegato dal Legale Rappresentante dell’Azienda a trasmettere le segnalazioni alla UIF ed a garantire i compiti di cui alla vigente normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo.

Il Gestore verifica le risultanze delle segnalazioni svolte ed argomentate dai Responsabili, eventualmente con il supporto della S.C. Bilancio e Contabilità, dopodiché:

- in caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione,
- in caso di decisione positiva, provvede alla compilazione ed all’invio della segnalazione di operazione sospetta all’UIF, a mezzo della postazione Infostat, senza indicazioni dei nominativi dei segnalanti.

Qualora non già avviata dal Responsabile segnalante, il Gestore verifica la presenza dei presupposti per denuncia all’Autorità Giudiziaria.

Il Gestore mantiene apposito archivio di tutte le segnalazioni di operazione sospetta prese in carico.

Ai sensi dell’art. 6, comma 7 lett. c), del D.Lgs. n. 231/2007, la UIF, avvalendosi delle informazioni acquisite nello svolgimento delle proprie attività, può sospendere, anche su richiesta del Nucleo speciale di Polizia valutaria della Guardia di Finanza, della DIA o dell’Autorità Giudiziaria, per un massimo di 5 giorni lavorativi, sempre che ciò non pregiudichi il corso delle indagini, operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora ricorra la circostanza della sospensione dell’operazione, è fatto divieto a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell’Azienda di informare la controparte soggetta alle relative indagini.

Per quanto qui non riportato si rimanda alla procedura aziendale PO52 del 22.12.2016.

Asl 4, con **procedura AZ/PR/RPCT/01 del 16.06.2020**, recante revisione di precedente, ha approvato la documentazione e gli atti che gli Enti e le Aziende Sanitarie devono adottare per ottemperare alle suddette disposizioni e aggiornare gli atti precedentemente adottati, individuando le procedure, modalità di segnalazione delle operazioni sospette e soggetti responsabili al fine di garantire l’efficacia nella rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti nell’effettuazione della segnalazione e l’omogeneità dei comportamenti.

Inoltre ha provveduto alla designazione dell’Ing. Cristina Ulivi, direttore della S.C. Sistema Informativo quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal giugno 2020 al giugno 2023, e dei Responsabili della segnalazione che, in considerazione della complessità organizzativa dell’Azienda, sono individuati nei Direttori delle seguenti aree di rischio e singole strutture:

- A. S.C. Bilancio e Contabilità
- B. S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi
- C. S.C. Gestione Tecnica
- D. S.C. Affari Generali e Legali
- E. S.C. Sistema Informativo

I suddetti Referenti/Responsabili sono tenuti a segnalare al Gestore le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018.

Come sopra specificato, nel 2023 è iniziata l'erogazione di uno specifico corso di formazione, al fine di consentire ai Responsabili delle segnalazioni di individuare gli indicatori di anomalia e rendere efficaci le sopradescritte disposizioni. La formazione proseguirà nel 2024.

#### **f. MISURE DI ROTAZIONE**

La rotazione del personale, come misura di prevenzione della corruzione all'interno delle PP.AA., viene introdotta dall'art. 1, comma 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere ad ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari». Viene così previsto dal legislatore l'istituto della c.d. "Rotazione Ordinaria" del personale che verrà poi richiamato espressamente dalle Linee Guida adottate dal comitato Interministeriale (D.P.C.M. 16 gennaio 2013) come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione.

L'adozione della misura della "Rotazione" viene intesa come criterio organizzativo di carattere generale applicabile a tutto il personale, come rimedio preventivo alla corruzione e alle cattive pratiche favorite dal fatto di occuparsi per lungo tempo delle stesse attività e non ultimo come strumento finalizzato a contribuire alla formazione del personale accrescendo la preparazione e le conoscenze dei singoli lavoratori.

L'attuazione pratica di tale principio presenta particolari difficoltà nell'ambito di Asl 4. Infatti, non potendo applicare il principio generale alle professioni specialistiche, per le quali è altresì prevista l'iscrizione ad un ordine o albo, l'ambito di applicazione si restringe alla sfera della dirigenza amministrativa allargata a quella dei collaboratori amm.vi titolari di incarico di funzione. L'organico di Asl 4 è particolarmente inadeguato a rendere pienamente operativa la misura, in quanto l'organigramma aziendale prevede n. 4 Strutture Complesse ed 1 Struttura Semplice Dipartimentale amministrative, in presenza – al momento di assunzione del presente Piano – di n. 5 dirigenti amministrativi (4 di S.C., di cui 1 in quiescenza dal 01.02.2023, ed 1 di S.S.D.).

#### **g. MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI**

Vengono applicate le "Indicazioni operative" emanate da A.Li.sa su proposta del gruppo interaziendale degli RPCT della Aziende ed Enti sanitari della Regione Liguria, e relative alle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alla sussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità per gli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio di seguito meglio descritte.

Come sopra specificato, nel 2023 è iniziata l'erogazione di uno specifico corso di formazione sul conflitto di interesse in Sanità, al fine di rendere efficaci le sopradescritte disposizioni. La formazione proseguirà nel 2024.

##### **g1. Inconferibilità e incompatibilità**

##### **1. Applicabilità della disciplina in materia di inconferibilità/incompatibilità agli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio sanitario**

Sulla base delle suddette disposizioni e dell'interpretazione di ANAC, gli incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione delle stesse sono quelli che comportano "*l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione*".

Conseguentemente, il legislatore, nella volontà di restringere l'applicazione della disciplina sulla inconferibilità e incompatibilità agli incarichi dirigenziali aventi le suddette caratteristiche, ha ritenuto che in ambito sanitario i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, socio sanitario e/o scientifico in quanto titolari di competenze di gestione.

In questa direzione, nella delibera ANAC n. 149/2014 e nella sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, è stato stabilito che per gli enti del S.S.N. la norma doveva applicarsi alle figure apicali intese come la Direzione strategica (Direttore generale, amministrativo, sanitario, socio sanitario e/o scientifico).

All'uopo è stato predisposto specifico modulo per la relativa dichiarazione.

Successivamente, a seguito di richiesta di parere da parte del Policlinico relativamente ad una situazione specifica, ANAC con Deliberazione n. 713 del 4 agosto 2020 ed in continuità con l'orientamento espresso in altri recenti provvedimenti, ha stabilito che il regime sull'inconferibilità/incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. applicabile alla Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie, deve intendersi esteso anche ai dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle suddette Aziende in quanto anch'essi sono titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

Conseguentemente, è stato ritenuto necessario adottare un ulteriore modulo riguardante la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 39 del 08/04/2013 e della delibera Anac n. 1146/2019, da rendere da parte dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo all'atto del conferimento dell'incarico.

##### **2. Tipologia e modalità di verifica**

### **3.1 Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità**

L'art. 20 del D.Lgs. n. 33/2013 dispone che gli interessati, come sopra individuati, all'atto del conferimento dell'incarico, devono presentare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità individuate dal medesimo decreto.

Inoltre sono tenuti a presentare ogni anno una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

La presentazione delle dichiarazioni costituisce condizione di efficacia del contratto (art. 20 c. 4 D.Lgs. n. 39/2013).

Nel caso in cui ricorra l'ipotesi di inconferibilità, è nullo il decreto di nomina del dipendente interessato, con la conseguente nullità di tutti gli atti adottati dal medesimo.

### **3.2 Modalità di verifica**

Ai sensi dall'art. 15, d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni ad ANAC.

A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione”*, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, ha precisato che spetta al RPCT *“avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità).*

*Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza.”*

### **3.3 Verifica sulle condanne penali**

Stando alle raccomandazioni dell'ANAC, una particolare attenzione deve essere riservata alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne definitive e quelle non passate in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013.

Per quanto riguarda le sentenze passate in giudicato è necessario richiedere il certificato del Casellario Giudiziario – Ufficio Casellario e/o Tribunale, al fine di verificare l'assenza di sentenze passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (Reati contro la P.A.), anche nel caso di applicazione dell'art. 444 c.p.p. (applicazione della pena su richiesta delle parti c.d. *patteggiamento*) dovrà essere richiesto il certificato dei carichi pendenti.

Tale certificato attesta l'esistenza (o l'inesistenza) di procedimenti penali pendenti; in attesa del *“carico pendente nazionale”* per prassi si richiede il certificato presso la Procura della Repubblica del luogo di residenza o di domicilio dell'interessato (o entrambi in caso di non corrispondenza).

*Asl 4 provvede a richiedere entrambi i documenti ai sopraindicati competenti uffici prima dell'assunzione.*

### **3.4 Incarichi svolti**

Gli incarichi svolti o le cariche ricoperte in enti di diritto privato regolati o finanziati da PPAA vengono verificati attraverso la consultazione delle Visure Camerali.

*Per condurre tali accertamenti, Asl 4 ha scelto di avvalersi del Portale *“Telemaco”* collegandosi al link:*

<https://telemaco.infocamere.it/dama/login>

### **3.5 Attività professionali svolte**

Da una ricerca condotta sulle modalità di verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 33/2013 in uso presso altre PP.AA. le attività professionali svolte potrebbero risultare reperibili attraverso una *“banca dati dell'Anagrafe tributaria”* gestita dall'Agenzia delle Entrate, Tuttavia da quello che risulta da un confronto con la SSD Assistenza Sanitaria di Base, tale convenzione sarebbe stata sospesa dal ministero.

Per conoscere le attività professionali presso le amministrazioni pubbliche si può accedere al portale <https://consulentipubblici.gov.it> dove è possibile effettuare una ricerca nominativa sui consulenti delle PP.AA. (accedendo ai dati dell'Anagrafe delle prestazioni).

In ogni caso si ritiene opportuno seguire le indicazioni offerte dalla Del ANAC n. 833/2019: *“è altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti”*.

Di conseguenza in sostituzione della consultazione del database ministeriale è necessario richiedere, in allegato al modulo sulla inconferibilità e incompatibilità, l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare e di un curriculum vitae aggiornato anche di tutte quelle attività esterne all'amministrazione (retribuite o meno) presso enti privati e soprattutto pubblici o finanziati da fondi pubblici.

## **3. Procedure per la verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 ai fini del conferimento degli incarichi dirigenziali**

### **4.1 Indicazioni ANAC**

Il PNA 2019 indica i seguenti criteri a cui attenersi per tracciare la procedura interna per la verifica degli incarichi dirigenziali ex D.Lgs. n. 39/2013:

1. preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico

2. successiva verifica della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità
3. conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
4. pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.
5. Previsione, da parte di ciascuna Amministrazione, all'interno del proprio PTPCT, di adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 fermo restando il fatto che gli Uffici del Personale potrebbero già svolgere controlli diffusi relativi alle condanne penali.

#### 4.2 Procedure seguite da ASL 4

E' posto in capo al RPCT il compito della verifica dei dati relativamente alla Direzione Strategica.

#### g2. Conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico

Riguarda il settore delle sperimentazioni cliniche, le sponsorizzazioni e l'attività intramoenia.

Il conflitto di interessi riguarda **aspetti economici e non**, e si può manifestare nei seguenti settori:

- a) **ricerca scientifica**
- b) **attività clinica, prescrizione terapeutica e di esami diagnostici**
- c) **formazione e aggiornamento professionale**
- d) **rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni**

Per ognuna delle suddette aree sono ulteriormente specificati i settori dove si può verificare il conflitto di interessi e fatto una ricognizione della documentazione già esistente e di quanto previsto dalle singole aziende come di seguito riportato.

- a) RICERCA SCIENTIFICA
  - Sperimentazioni cliniche *Mappatura dei processi allegata al PTPCT*
  - Comitato Etico Regionale *Regolamentazione San Martino (Direzione Scientifica)*
  - Procedure di ripartizione e assegnazione dei fondi per la ricerca scientifica: procedura aziendale Asl 4 (**AZ PR A.GEN 05 del 4 gennaio 2022**)
- b) ATTIVITÀ CLINICA

- *Interventi e prestazioni sanitarie prescrizione terapeutica e di esami diagnostici*

È un vero e proprio mercato che risente inevitabilmente di asimmetrie informative che permettono ai professionisti sanitari di influenzare sia l'offerta di servizi e prestazioni, sia la domanda dei pazienti. Ne conseguono la prescrizione e l'erogazione di innumerevoli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, in particolare quando il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione sono inesistenti o inefficaci.

- *Libera professione*

La libera professione intramuraria è un'attività disciplinata dalla legge che garantisce al cittadino la possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi. Considerato che le prestazioni sono generalmente le stesse che i professionisti erogano come dipendenti pubblici, non è difficile favorire la propria attività privata "modulando" la quantità delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica, soprattutto se questo permette al cittadino di ridurre i tempi di attesa.

- c) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'aspetto principale riguarda la Formazione sponsorizzata e l'attribuzione dei crediti ECM (presenza di procedura aziendale **PR - A. Gen.-06 - Rev. 1 del 10 agosto 2022**)

- d) RAPPORTI INDIVIDUALI E DI GRUPPO CON INDUSTRIE, ENTI, ORGANIZZAZIONI E ISTITUZIONI

Risulta trasversale rispetto alle suddette aree il CONFLITTO DI INTERESSI MEDICI / INDUSTRIA che si può verificare nei seguenti settori:

- *Ricerca scientifica*

riviste biomediche

produzione di Linee Guida

- ECM
- Informazione farmaceutica

In particolare, per regolamentare l'accesso degli informatori farmaceutici all'interno delle strutture aziendali è stata predisposta la procedura **AZ/PR/RPCT/03**

Il conflitto di interessi è intrinseco al SSN, è diffuso in maniera capillare e assolto sulla pubblica piazza perché "così fan tutti". Di conseguenza mina l'integrità del sistema favorendo la diffusione di interventi sanitari (test diagnostici, farmaci, interventi chirurgici, etc) inefficaci e inappropriati e alimentando numerosi comportamenti opportunistici a vari livelli.

#### g3. Contratti Pubblici

,A decorrere dal 1° gennaio 2024 deve essere realizzata l'attuazione integrale del Decreto Legislativo 36/2023, con la digitalizzazione dei contratti, secondo le indicazioni della Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, che

riporta nel dettaglio le regole di attuazione dell'articolo 28 del D.Lgs. 36/2023 sulla trasparenza dei contratti pubblici.

La Delibera elenca i dati e le informazioni necessari relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici, al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..

Ciò non modificherà gli adempimenti di pubblicazione relativi ai bandi di gara e ai contratti, ma cambierà profondamente le modalità per assolverli.

Tale adempimento è obbligatorio per tutte le procedure di affidamento per le quali è richiesto un CIG.

La [sezione “Amministrazione Trasparente”](#) resterà comunque imprescindibile e l'allegato I alla Delibera n. 264 specifica quali sono i documenti che devono essere sempre pubblicati nell'apposita sezione del sito istituzionale.

L'articolo 3 della Delibera ANAC n. 264 chiarisce quali sono gli obblighi e le modalità di pubblicazione a carico delle amministrazioni **a decorrere dal 1° gennaio 2024**.

Le Stazioni Appaltanti devono:

1. Trasmettere i dati relativi al ciclo di vita digitale dei contratti pubblici tramite le piattaforme di approvvigionamento digitale, di cui all'art. 25 e 26 del nuovo Codice, alla “Banca dati nazionale dei contratti pubblici” (BDNCP) di cui all'[articolo 62-bis del codice dell'amministrazione digitale, di cui al D.Lgs. n. 82/2005](#). L'elenco puntuale dei dati da trasmettere è contenuto nell'art. 10.1 della Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023: “Informazioni che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a trasmettere alla BDNCP”.
2. Pubblicare il collegamento ipertestuale (link) che rinvia i dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP che successivamente sarà inserito nella sotto-sezione “Bandi di gara e contratti” dell'Amministrazione trasparente sul portale istituzionale entro il 31 dicembre 2023.
3. Pubblicare i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264 che non devono essere trasmessi alla BDNCP ma pubblicati integralmente, come ad esempio i curricula della commissione giudicatrice.

La gestione della comunicazione con i sistemi nazionali tramite l'invio delle schede è un incarico che ai sensi del Codice spetta al RUP e ai suoi delegati. Pertanto si chiede di comunicare i nominativi dei dipendenti che si prevede saranno chiamati a fornire supporto al RUP.

Si precisa che l'articolo 226 del nuovo Codice degli Appalti ha abrogato l'articolo 1, comma 32, della legge n.190 del 2012. Di conseguenza, non sussisterà più l'obbligo trasmettere ad ANAC il file XML entro il 31 gennaio, perché l'Autorità avrà già a disposizione i medesimi dati, ripresi dall'art. 28 del D.Lgs. 36/2023, quasi in tempo reale sulla piattaforma nazionale. Le Amministrazioni dovranno tuttavia pubblicare periodicamente gli adempimenti sul proprio portale in formato aperto.

Per quanto concerne la durata della pubblicazione, sia i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente sia quelli pubblicati nella BDNCP avranno sempre una durata di 5 anni e comunque nel rispetto dell'art. 8 c. 3 del D.Lgs. n. 33/2023.

E' stata all'uopo predisposta bozza della tabella “Obblighi di pubblicazione” da allegare alla Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, con le modifiche risultanti dalle suddette disposizioni, specificando le sottosezioni per le quali vige sempre l'obbligo di pubblicazione dei relativi documenti e che potranno subire ulteriori aggiornamenti alla luce di nuove precisazioni di ANAC.

## **h. MISURE DI LEGALITA'**

### ***h1. Patti di integrità***

L'introduzione del Patto di integrità tra Amministrazione Pubblica ed imprese partecipanti alle gare induce queste ultime a conformare i comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza. L'azione moralizzatrice nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si attua attraverso una serie di comportamenti che contribuiscono a coltivare e a far crescere una “nuova cultura di impresa”, dove la stessa, proprio per la natura bilaterale del rapporto che si instaura con l'Amministrazione interagisce con la stessa per soddisfare le esigenze della cittadinanza.

I Patti d'integrità, introdotti per la prima volta con l'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*”, rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti.

Con l'adozione di tale misura si dà seguito alla Dichiarazione allegata al Trattato di Maastricht dove si afferma che “la trasparenza del processo decisionale rafforza il carattere democratico delle istituzioni nonché la fiducia del pubblico nei confronti dell'Amministrazione”.

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera ANAC n. 1064/2019, prevede che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione della L. 190/2012, debbano predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.



Le **MISURE SPECIFICHE** sono individuate, programmate e dettagliatamente riportate nelle sopradescritte tabelle relative alla mappatura dei processi **ALLEGATO A**

Si segnalano, in particolare:

#### **A. Utilizzo auto di servizio**

con la deliberazione n. 747 del 10 novembre 2021 ad oggetto "Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione", ANAC, allo scopo di scongiurare i possibili usi impropri delle auto di servizio che possono configurare anche condotte assistite da norme penali (ad esempio art. 314, co. 2 c.p, sul peculato d'uso), e che, in ogni caso, costituiscono manifestazione di cattiva gestione e di uso improprio di risorse pubbliche, raccomanda alle amministrazioni di valutare, in sede di predisposizione dei propri PTPCT, di programmare nell'ambito dell'area di rischio attinente alla "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri e di svolgere un attento monitoraggio sull'attuazione delle misure introdotte.

A tal proposito, Asl 4 evidenzia che sul sito internet, alla voce "[Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Dati Ulteriori](#)" è stata predisposta da tempo la sottosezione denominata "**Monitoraggio auto aziendali**", articolata nelle seguenti sottovoci:

- [Prospetto servizio noleggio autovetture 2021](#), dal quale, in aggiornamento alle situazioni annuali precedente (riportate in archivio) si evince la progressiva dismissione di auto in proprietà e il corrispondente ricorso a contratti di noleggio. In particolare, al 31.12.2021, le auto in proprietà risultavano in n. 6 (sei, di cui un rimorchio) e le auto a noleggio n. 126 (centoventisei);
- [Linee guida per l'utilizzo degli automezzi dell'autoparco aziendale](#), alla quale sono consultabili le linee guida impartite dalla S.C. Gestione e Programmazione Beni e Servizi – Settore Economato prot. n. 277 del 14 ottobre 2019, rese disponibili a tutto il personale dipendente tramite pubblicazione sul sito intranet Portale del Dipendente, cui si rimanda per le disposizioni operative. Dette linee guida saranno riesaminate alla luce delle indicazioni fornite da Anac con la deliberazione sopra citata, nell'arco del prossimo biennio 2022 – 2023.

#### **B. Composizione Commissioni Mediche**

con deliberazione n. 145 del 25 marzo 2022, si è proceduto all'approvazione del nuovo Regolamento per la composizione delle Commissioni mediche per Invalidità Civile per:

- invalidità civile (L. 118/71, L. 18/80 e L. 508/88)
- handicap (L. 104/92)
- disabilità (L.68/99)
- cecità civile (L. 382/70 e L. 508/88)
- sordomutismo (L. 381/70 e L. 508/88)

In particolare, con detto regolamento viene previsto il possesso di specifici requisiti di integrità e vengono definiti gli ambiti di incompatibilità e casi di obbligo di astensione.

### **D. MONITORAGGIO E RIESAME**

La gestione del rischio si completa con l'**azione di monitoraggio e riesame**, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

L'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione, anche in vista degli aggiornamenti annuali e di eventuali rimodulazioni della sezione PTPC del PIAO, è così attuata:

- i dirigenti dei servizi relazionano con le cadenze previste a seconda della natura dei dati oggetto di monitoraggio, secondo le prescrizioni di legge o – ove i termini non sono prefissati – secondo le indicazioni date dal RPCT (tramite diffusione di specifico questionario);
- il RPCT dà conto dello stato di attuazione del Piano e delle misure assegnategli attraverso la redazione, entro la data diversa indicata da ANAC, della relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano medesimo e riferisce sull'attività svolta ogniqualvolta lo ritenga opportuno o l'organo di indirizzo politico ne faccia richiesta.

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

1) monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;

2) monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

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

### **1) MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE**

Essendo il PIAO - PTPCT un documento di programmazione, appare evidente che ad esso debba logicamente seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure.

La responsabilità del monitoraggio di norma è del RPCT. Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi), il monitoraggio in capo al solo RPCT è sicuramente non facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, anche in Asl 4 si prevede un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (monitoraggio di primo livello) e il secondo in capo al RPCT (monitoraggio di secondo livello).

Pertanto sono chiamati a partecipare al monitoraggio:

- tutti i soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione;
- il RPCT
- gli Organismi di valutazione

Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dei referenti, come più sopra previsti, o direttamente dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato – in mancanza di una struttura di supporto - da altri organi con funzioni di controllo interno, se presenti.

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene pianificata e documentata, possibilmente con le indicazioni:

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

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nel pianificare le verifiche dovrà tener conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

Con riferimento alla periodicità, il RPCT è chiamato a definire la tempistica del monitoraggio più consona all'esposizione al rischio e alle caratteristiche organizzative dell'amministrazione, normalmente semestrale.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

A tal fine possono essere previsti, nel corso dell'anno, incontri tra il RPCT e i responsabili dell'attuazione delle misure. In tal caso, si utilizza la modalità dell'audit, con verifica sul campo che consente il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Al fine di agevolare i controlli, inoltre, si può ricorrere a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove far confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Alcuni criteri di campionamento possono riguardare:

- le misure di prevenzione dei processi risultati a maggiore esposizione a rischio
- le misure di quei processi su cui si sono ricevute segnalazioni
- le misure di quei processi per i quali non è stata fatta l'autovalutazione cioè il monitoraggio di primo livello

È opportuno che delle risultanze del monitoraggio si dia conto all'interno della Relazione annuale del RPCT.

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT.

### **2) MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ DELLE MISURE**

La valutazione dell'idoneità delle misure è di spettanza del RPCT, che può essere coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dagli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) o dalle strutture di vigilanza e audit interno.

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

L'inidoneità potrà anche essere rilevata attraverso il verificarsi di episodi avversi nei processi trattati con quella determinata misura.

Qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire il rischio, il RPCT interviene con tempestività per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

### **3) RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA**

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, viene organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un periodico flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo".

L'amministrazione definisce la frequenza con cui procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema e gli organi da coinvolgere nel riesame. Tale attività ha, di norma, una frequenza almeno annuale per supportare la redazione del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio successivo e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno.

#### **Considerazioni e spunti di miglioramento**

Per una efficace realizzazione delle azioni per la prevenzione della corruzione, occorre sviluppare una reale cultura dell'integrità al fine di non considerare tali attività come meri adempimenti burocratici.

Pur rimanendo in capo al RPCT, il compito di delineare i criteri e le procedure organizzative per l'attuazione degli obblighi previsti dalla normativa, spetta ai dirigenti coadiuvati dal personale appositamente individuato per dare concretamente attuazione al processo di gestione del rischio.

In particolare, deve essere effettuata dalle strutture interessate una più dettagliata mappatura dei processi, individuando rischi concreti, misure di prevenzione più specifiche ed indicatori di attuazione oggettivi, assumendosi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate del PTPCT o nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale.

Nel corso di svolgimento delle descritte valutazioni, anche alla luce delle più recenti disposizioni normative e del PNA 2022 – 2024 approvato con delibera del Consiglio di ANAC n. 7 del 17.01.2023, sono emersi nuovi spunti per la più efficace attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione da parte degli uffici aziendali coinvolti nei processi di loro competenza.

E' inoltre opportuno tenere conto in sede di valutazione della performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo della gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.