



Piano Integrato di Attività e

Organizzazione (PIAO)

2022-2024



Redatto da: dott. Michele Albino Di Lorenzo

Dirigente Amministrativo U.O.S. Pianificazione e Controllo

per "Valore pubblico", "Performance", "Organizzazione e capitale umano"

RPCT

per "Rischi corruttivi e trasparenza"

Dirigente Amministrativo Coordinatore U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

per "Piano Triennale Fabbisogni di personale"

P.O. Anna Beatrice

Responsabile per la Formazione

per "Formazione del personale"

Verificato da: Direttore Generale

Adottato con: Deliberazione del D.G. n. 161 del 30/04/2022

Sommario

| | |
|--|----|
| Premessa | 6 |
| Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'amministrazione | 7 |
| Sezione 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione | 8 |
| 2.1 Valore pubblico..... | 8 |
| 2.2 Performance | 8 |
| 2.2.1 La performance istituzionale | 8 |
| 2.2.2 La performance organizzativa..... | 8 |
| 2.2.2.1 La performance organizzativa dei Dipartimenti..... | 9 |
| 2.2.2.2 La performance organizzativa dei Centri di Responsabilità | 9 |
| 2.2.3 La performance individuale | 9 |
| 2.2.4 La valutazione del Direttore Generale | 9 |
| 2.2.5 La valutazione del Personale Sanitario Tecnico-Professionale ed Amministrativo | 9 |
| 2.2.6 Trasversalità degli obiettivi | 10 |
| 2.2.7 Collegamento della pianificazione integrata con le politiche di qualità..... | 10 |
| 2.2.8 Collegamento della pianificazione integrata con il Budget dell'IRCCS | 10 |
| 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza | 11 |
| 2.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 | 12 |
| 2.3.1.1 Oggetto e riferimenti normativi..... | 12 |
| 2.3.1.2 Organizzazione per la prevenzione della corruzione | 14 |
| 2.3.1.2. a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza..... | 14 |
| 2.3.1.2. b Struttura di supporto al RPCT | 14 |
| 2.3.1.2. c Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | 14 |
| 2.3.1.3 Gestione del rischio | 14 |
| 2.3.1.3. a Analisi del contesto | 15 |
| 2.3.1.3. a1 Contesto esterno..... | 15 |
| 2.3.1.3. a2 Contesto interno | 16 |
| La struttura organizzativa e la sensibilità dell'IRCCS alla prevenzione della corruzione | 18 |
| La mappatura dei processi..... | 22 |
| 2.3.1.3. b Valutazione del rischio..... | 25 |
| 2.3.1.3. b1 Identificazione dei rischi | 25 |
| 2.3.1.3. b2 Analisi dei rischi | 25 |
| 2.3.1.3. b3 Ponderazione dei rischi..... | 26 |
| 2.3.1.3. c Trattamento del rischio..... | 27 |
| 2.3.1.3. c1 Misure generali | 28 |
| A. Misure generali..... | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 1) Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica | 28 |
| 2) Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314 | 28 |
| 3) La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici..... | 28 |
| 4) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico..... | 28 |
| 5) Rotazione straordinaria | 28 |
| 6) Rotazione straordinaria | 28 |
| 7) Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva | 28 |
| - Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica | 28 |
| - Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314 | 28 |
| - La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici..... | 29 |
| - Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico..... | 31 |
| - Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio | 31 |
| - Rotazione straordinaria | 31 |
| - Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva | 31 |
| Misure di deterrenza a prevenzione del rischio corruzione..... | 31 |
| a. Trasparenza: rinvio all'apposita sezione del Piano..... | 31 |
| b. Codice di comportamento | 31 |
| c. Formazione del personale | 32 |
| d. Rotazione ordinaria del personale..... | 33 |
| e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva | 33 |
| f. Il Whistleblowing | 35 |
| g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione | 36 |
| h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti..... | 36 |
| i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici..... | 37 |
| j. Gli incarichi extraistituzionali..... | 38 |
| k. Acquisti di beni e servizi..... | 38 |
| l. Patti di integrità | 38 |
| m. Il pantouflage..... | 38 |
| n. Responsabile RASA | 39 |
| o. Sponsorizzazioni | 40 |
| p. Sperimentazioni cliniche..... | 40 |
| q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa..... | 40 |
| r. Gestione alienazione immobili..... | 40 |
| s. Gestione donazioni e comodati d'uso..... | 41 |
| t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche | 41 |

| | |
|--|-----------|
| u. Gestore segnalazioni UIF | 41 |
| 2.3.1.3. c2 Misure specifiche o ulteriori..... | 41 |
| 2.3.1.4. Monitoraggio del PTPCT 2022-2024 | 42 |
| 2.3.1.5. Riesame periodico della funzionalità del sistema | 42 |
| 2.3.1.6. Trasparenza | 42 |
| 2.3.1.6. a Oggetto e riferimenti normativi | 43 |
| 2.3.1.6. b Organizzazione per la trasparenza | 44 |
| 2.3.1.6. c Obiettivi in tema di trasparenza | 45 |
| Sezione 3. Organizzazione e capitale umano | 47 |
| 3.1 Struttura organizzativa | 47 |
| 3.2 Organizzazione del lavoro agile | 48 |
| 3.2.1. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2022-2024..... | 48 |
| 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale..... | 49 |
| 3.3.1 Piano triennale di fabbisogno del personale 2022..... | 50 |
| 3.3.1.1 Premessa | 50 |
| 3.3.1.2 Riferimenti normativi..... | 51 |
| 3.3.1.2 Analisi consistenza organico del PTFP..... | 52 |
| 3.3.1.3 Rispetto dei limiti indicati nei tetti di spesa: annualità 2020 - 2022 | 53 |
| 3.4 Formazione del personale | 54 |
| Sezione 4. Monitoraggio..... | 56 |
| Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”: | 56 |
| Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza”: | 56 |
| Rischi corruttivi..... | 56 |
| a. Trasparenza: rinvio all’apposita sezione del Piano..... | 57 |
| b. Codice di comportamento | 57 |
| c. Formazione del personale | 57 |
| d. Rotazione ordinaria del personale | 57 |
| e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva | 57 |
| f. Il Whistleblowing | 57 |
| g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione | 58 |
| h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti..... | 58 |
| i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici | 58 |
| j. Gli incarichi extraistituzionali | 58 |
| k. Acquisti di beni e servizi..... | 59 |
| l. Patti di integrità | 59 |
| m. Il pantouflage..... | 59 |
| n. Responsabile RASA | 60 |

| | |
|--|----|
| o. Sponsorizzazioni | 60 |
| p. Sperimentazioni cliniche..... | 60 |
| q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa..... | 60 |
| r. Gestione alienazione immobili..... | 60 |
| Richiesta effettuazione degli adempimenti mediante richiesta di Monitoraggio | 60 |
| s. Gestione donazioni e comodati d'uso..... | 60 |
| t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche | 60 |
| u. Gestore segnalazioni UIF | 60 |
| Trasparenza | 60 |
| Allegati..... | 61 |
| PIAO 2022 – Performance BSC. OBIETTIVI GENERALI 2022 | 61 |
| PIAO 2022 - PTPCT 2022-2024..... | 61 |
| PIAO 2022 - PTFP 2022 per Unità Operativa..... | 61 |
| PIAO 2022 - PTFP 2022 per Procedure concorsuali in corso..... | 61 |

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO sostituisce, quindi, alcuni altri strumenti di programmazione, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance. In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'IRCCS S. de Bellis di Castellana Grotte (di seguito IRCCS) rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione.

Nella sua redazione, oltre alle Linee Guida per la compilazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, è stata tenuta in considerazione anche la normativa precedente e non ancora abrogata riguardante la programmazione degli della PA. In particolare, il presente PIAO segue le indicazioni del D.Lgs. n. 150/2009 per la gestione del ciclo della performance.

Il Decreto Milleproroghe (D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi") ha previsto che "in sede di prima applicazione" il PIAO "è adottato entro il 30 aprile 2022". In sintonia a tale scadenza l'ANAC ha reso noto con la circolare.

l'IRCCS dopo aver adottato il Piano Triennale della Performance 2022-2024, per permettere alle strutture sanitarie ed amministrative di avere una ben definita programmazione a inizio 2022 e, di conseguenza, di dare piena attuazione anche nel 2022 alle linee strategiche dell'Istituto, oltreché il Piano Triennale per la Formazione, ha preferito richiamare, con rinvio della forma "**Vedi documento allegato alla DCS n.**" esplicitati al presente documento, le parti da integrare al PIAO 2022-2024, identificando i paragrafi e le pagine dei documenti già prodotti da considerare nei contenuti, nella convinzione che la prima stesura del presente documento troverà nelle successive stesure gli opportuni miglioramenti.

Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'amministrazione

| | |
|---------------------------------|---|
| Amministrazione pubblica | IRCCS S. de Bellis |
| Indirizzo | Via turi n.27 - Castellana Grotte (Bari) |
| PEC | Comitato di Indirizzo e Verifica: civ.debellis@pec.rupar.puglia.it Collegio Sindacale: collegiosindacale.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Generale dirgenerale.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Sanitaria dirtsanitario.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Scientifica dirtsperimentale.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Amministrativa diramministrativo.debellis@pec.rupar.puglia.it Resp. Prevenzione Corruzione anticorruzione.debellis@pec.rupar.puglia.it Resp. per la Trasparenza trasparenza.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Burocratico Legale ufficiogleale.debellis@pec.rupar.puglia.it Affari Generali dirgenerale.debellis@pec.rupar.puglia.it Area del Personale risorseumane.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Patrimonio provveditore.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Servizi Tecnici servizitecnici.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Risorse Finanziarie Contabilita.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio SDO ufficiosdo.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Formazione formazione.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Concorsi ufficioconcorsi.debellis@pec.rupar.puglia.it Fatture Area Risorse Finanziarie fatturapa.debellis@pec.rupar.puglia.it Servizio Prevenzione Protezione spp.debellis@pec.rupar.puglia.it |
| P.IVA | 00565330727 C.F. 00565330727 |
| Sito web | https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/ |

Con decreto interministeriale del 31 marzo 1982, rispetto all'allora ente ospedaliero "Vincenzo dell'Erba" di Castellana Grotte, è stato riconosciuto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico specializzato in gastroenterologia (persona giuridica di diritto pubblico). Si fissava che l'ente era in possesso dei "requisiti strutturali necessari allo svolgimento dell'attività bio-medica-clinica, ivi comprese le attività di diagnosi e cura a queste finalizzate", e che avesse, quindi, le potenzialità di svolgere in maniera consistente e continua l'attività di ricerca conforme ai fini e agli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Successivamente, con decreto del Ministro della Sanità del 15 gennaio 1985, l'Istituto assunse la nuova e attuale denominazione "Saverio De Bellis", riconoscendo e mantenendo viva la memoria di chi donò al Comune di Castellana Grotte, nel 1913, la sede originaria del complesso ospedaliero. Il benefattore e filantropo Saverio De Bellis, nella vita pioniere dell'industria e Cavaliere del lavoro, aveva disposto nell'atto di donazione che l'intero stabile deve portare in eterno il nome di "ricovero Saverio De Bellis".

Nel 2022 ricorre il 40° anniversario del riconoscimento dell'Istituto quale ente di ricerca scientifica a supporto dell'attività assistenziale.

Prima del riconoscimento ministeriale del 31 marzo 1982 come Istituto di a carattere scientifico, nel 1978 l'allora Ente ospedaliero di zona aveva vissuto un passaggio molto importante con la nuova classificazione in Ente Ospedaliero Provinciale Specializzato in Gastroenterologia, decretata con atto del Presidente della Regione Puglia.

Con il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto, si avviò, nell'immediato, una nuova fase di crescita e sviluppo con il potenziamento di reparti e servizi, con nuovi laboratori per la ricerca scientifica bio-medica, con la dotazione di attrezzature all'avanguardia, con l'ampliamento del numero dei ricercatori.

Sezione 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Ad ulteriore specifica rispetto a quanto di rinvio al Piano della performance 2022-2024 fatto successivamente, il presente PIAO è strettamente connesso con la pianificazione strategica dell'IRCCS, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo richieste al momento della nomina del Direttore Generale (DG) con DPGR n.33 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n.19 del 17/2/2022 e dagli obiettivi assegnati da parte dell'organo di indirizzo politico CIV allo stesso DG.

Con la definizione degli obiettivi strategici, l'IRCCS ha potuto definire gli obiettivi strategici correlati alla *vision*, tenendo conto del contesto di riferimento sia in termini di opportunità che di vincoli, considerati però sempre come "elementi agibili". Il fine vuole "creare uno spazio d'azione" dove le strutture e le persone dell'Istituto riescano a valorizzare le proprie competenze, risorse e progettualità, finalizzandole al perseguimento di obiettivi comuni. Gli orientamenti Strategici sono una prerogativa cardine per l'IRCCS al fine di: descrivere gli obiettivi di sviluppo dell'IRCCS e le risorse che si intendono adottare per realizzarli, rappresentando un punto di riferimento ampio dove collocare le azioni e le decisioni quotidiane di breve periodo, oltre che lo strumento per condividere gli aggiornamenti sull'avanzamento del cammino con tutta la struttura rispetto ai portatori di interessi esterni: i cittadini.

Agli orientamenti Strategici è affidato il compito di disegnare e preordinare il futuro dell'IRCCS delineando il posizionamento a cui si ambisce e il Valore Pubblico che si intende creare. Nelle linee strategiche definite sopra, il Presidente di Giunta Regionale, affiancato dal CIV quale organo di indirizzo politico, sono chiaramente delineate le indicazioni di quanto richiesto alla gestione e che porteranno ad aumentare il benessere reale dei portatori di interesse dell'IRCCS, tenendo in debita considerazione la sostenibilità dell'azione. Il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture dell'IRCCS con il Piano Triennale delle Performance assicura che le azioni previste diano al PIAO il mantenimento delle promesse di mandato e il miglioramento dei servizi resi agli utenti e agli stakeholder, creando un forte collegamento tra le performance e la creazione di valore pubblico. Tra gli obiettivi del PIAO trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare la crescita richiesta dalla Sanità Digitale per l'accessibilità sia fisica (ampliando l'offerta per contenere le liste di attesa, che per la semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, in particolare, nel triennio in esame la revisione delle procedure per individuare i processi da reingegnerizzare e semplificare).

2.2 Performance

Vedi documento allegato alla DCS n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022"; paragrafo 3 "Identità", sottoparagrafi 3.2 "L'amministrazione in cifre" e 3.3 "L'albero della performance" pagine 10÷20.

L'ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. È finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

Il Piano della Performance, focalizzato rispetto ai paragrafi e sottoparagrafi indicati sopra, trova le informazioni, con la rappresentazione dei risultati conseguiti in cifre nel 2021, quale sintesi riferita ai vari ambiti in cui opera l'amministrazione, definendo le prerogative verso cui orientare gli sforzi di performance con la formulazione dell'orientamento strategico dell'albero della Performance.

Questa focalizzazione dell'albero della performance definisce in modo funzionale l'attuazione delle strategie per la creazione del Valore Pubblico.

2.2.1 La performance istituzionale

Vedi documento allegato alla DCS n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022"; paragrafo 3 "Identità" e sottoparagrafo 3.1 "Mandato istituzionale, Mission e Vision" di pagina 8.

2.2.2 La performance organizzativa

Vedi documento allegato alla DCS n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022"; paragrafo 5 "Mappa strategica 2022" e paragrafo 6 "Dagli obiettivi strategici agli obiettivi specifici" di pagine 23 e 30.

I paragrafi indicati sopra focalizzano la traduzione delle strategie affidate alla direzione strategica, da parte della Regione e dall'organo di indirizzo politico, il CIV, in obiettivi generali che dovranno trovare la loro realizzazione in capo alle strutture deputate in concreto a conseguirli, ognuna per competenza d'ambito, come obiettivi specifici. Tale trasposizione definisce i contenuti della performance organizzativa, ovvero come le strategie si traducono in obiettivi per le strutture firmatarie di budget, e quindi incaricate dal Direttore Generale di conseguire i valori attesi dagli indicatori fissati in linea con la performance richiesta all'intera organizzazione.

2.2.2.1 La performance organizzativa dei Dipartimenti

I Dipartimenti sono stati definiti con l'adozione della DDG n.91 del 17/02/2020, atto con cui tali entità sono state identificate e poi incardinate nella gerarchia del piano dei centri di costo e di responsabilità nell'allegato 1 della DDG n.705 del 29/12/2020. L'adozione prossima del regolamento per il conferimento degli incarichi ai capi dipartimento dovrà contenere le specificazioni riguardanti la performance organizzativa degli stessi.

2.2.2.2 La performance organizzativa dei Centri di Responsabilità

Vedi documento allegato alla DCS n.210 del 9/7/2021 "Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione Performance"; paragrafo "LA DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE E FASI" di pagina 7.

Nel documento indicato sopra, al sottoparagrafo "Articolazione del sistema della performance", si individuano le componenti della performance organizzativa, gerarchicamente collocata al di sotto della performance aziendale e al di sopra della performance individuale. La tabella sinottica a pag. 9 e 10 di detto documento, esplicita la forma con cui la performance organizzativa è in concreto affidata ai vari centri di responsabilità per competenza e ruolo svolto, in stretto legame con gli obiettivi generali, con l'area strategica in cui intervenire e con la specificazione degli obiettivi indicatori e valori attesi con cui valutare l'obiettivo quando conseguito dal Centro di responsabilità che lo ha portato a raggiungimento. Questa tabella è nel concreto la scheda di budget che viene negoziata tra il direttore del centro e il Direttore Generale per definire in capo ai centri di responsabilità il contributo in termini di performance organizzativa.

2.2.3 La performance individuale

Vedi documento allegato alla DCS n.210 del 9/7/2021 "Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione Performance"; paragrafo "SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE" di pagina 19.

Nel documento indicato sopra, si individuano le componenti della performance individuale, gerarchicamente collocata al di sotto della performance aziendale e della performance organizzativa. Si rinvia ai sottoparagrafi ivi contenuti per comprendere come sia stata implementata la performance individuale nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'IRCCS.

2.2.4 La valutazione del Direttore Generale

La valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dal Direttore Generale rispetto agli obiettivi di salute essenziali di cui all'art. 4 comma 5 lettera a) e b) della L.R. 17 del 26.05.2017 e s.m.i.

Il conseguente riconoscimento del trattamento economico integrativo del Direttore Generale trova riferimento nello stesso impianto normativo della L.R. 17/2017 all'art.5 comma 7.

2.2.5 La valutazione del Personale Sanitario Tecnico-Professionale ed Amministrativo

In applicazione di quanto previsto dai Contratti Nazionali della Sanità, l'istituto adotta con apposita regolamentazione i sistemi di valutazione permanente per la valutazione e la conferma degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione del comparto. Tali sistemi, oltre a recepire le informazioni derivanti dalle verifiche del raggiungimento degli obiettivi di performance, sia organizzative che individuale, integrano con i successivi regolamenti, le competenze in termini di professionalità, comportamenti e capacità gestionali/organizzative dei dipendenti nello svolgimento del proprio operato. Le risultanze definitive delle valutazioni in questione (valutazione positiva o negativa) vengono annotate nel fascicolo personale di ciascun dipendente e concorrono alle dinamiche di carriera degli interessati. Di seguito il quadro dei regolamenti attualmente approvati e vigenti e di quelli con iter avviato o da avviare, fatti salvi ulteriori integrazioni ed aggiornamenti:

COMPARTO

delibera n. 425 - 28/06/2019 regolamento per la progressione economica orizzontale

delibera n. 314 - 24/06/2020 regolamento per la graduazione e l'affidamento degli incarichi di funzione;

| | |
|-------------------------------|--|
| delibera n. 60 - 16/02/2021 | protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiarne; iter da avviare <u>DIRIGENZA</u> |
| delibera n. 131 - 06/03/2020 | regolamento per il conferimento e graduazione incarichi dirigenziali (dirigenza Medica Sanitaria e Professioni Sanitarie) |
| delibera n. 61 - 16/02/2021 | regolamento in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie) |
| delibera n. 58 - 16/02/2021 | protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie) |
| delibera n. 50 - 22/04/2021 | regolamento per la composizione e funzionamento dei collegi tecnici |
| delibera n. 232 - 23/07/2021 | regolamento per il conferimento incarichi dirigenziali (dirigenza PTA); |
| iter in fase di completamento | regolamento per la graduazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza PTA) |

In evidenza sopra, oltre alle valutazioni che vengono effettuate in riferimento alla carriera professionale dei dipendenti che per completezza sono riportati, sono indicati (in grassetto) i protocolli con cui l'Istituto effettua la valutazione dei risultati di performance per la dirigenza e per il comparto, cui si rinvia per eventuali approfondimenti.

2.2.6 Trasversalità degli obiettivi

Nell'ambito dei protocolli evidenziati al paragrafo precedente, con le delibere nn. 58 e 60, per quanto relativo a progettualità trasversali di performance, ritenute strategiche da parte del Direttore Generale, è possibile, previo la condivisione con le OO.SS., la definizione di progetti che possano fissare il raggiungimento di obiettivi di performance ad ampio intervento con una premialità rilevata nella misura del 10% dai fondi contrattuali per distribuirli al personale individuato per il conseguimento delle progettualità richieste. Il paragrafo "2.1 Incentivazioni per attività progettuali di natura trasversale" di tali protocolli definisce quanto di seguito si riporta fedelmente:

"Al fine di consentire il riconoscimento di incentivazioni specifiche correlate a rilevanti finalità aziendali, di natura trasversale rispetto a quelle considerate con gli obiettivi di performance, come le attività per onerosi apporti richiesti dall'organizzazione a specifici dipendenti, (ad esempio, responsabile anticorruzione e trasparenza, responsabile accreditamento qualità, conseguimento di specifici risultati della ricerca, ecc...), le disponibilità connesse al fondo per la retribuzione di risultato, possono essere ridotte, previo accordo in sede di contrattazione aziendale con le OO.SS., di un quota sino al 10%. I criteri di distribuzione della predetta quota sono oggetto di contrattazione aziendale e l'erogazione dell'incentivo legato a dette attività progettuali per ciascun beneficiario è assoggetta al rispetto della procedura di validazione finale da parte dell'OIV. 2 L'accesso a detto incentivo è riservato ad attività progettuale di natura trasversale, ossia riferibile ad impegni gestionali di carattere normativo o di scelta strategica delle direzioni non ascrivibile ad una singola struttura."

2.2.7 Collegamento della pianificazione integrata con le politiche di qualità

L'IRCCS da diversi anni è stato accreditato con la certificazione per la qualità precedentemente riconosciuta con la ISO 9001:2008, e dal 2020 con la certificazione ISO 9001:2015. Il conseguimento di tale certificazione è stato possibile utilizzando l'approccio Risk Based Thinking, necessario alla corretta analisi e gestione del Rischio.

L'utilizzo dei meccanismi di performance, riversati sulle varie strutture aziendali in termini di obiettivo indicatore e target, ha consentito l'allineamento comportamentale di tutti gli attori che svolgono ruoli in ambito sanitario ed amministrativo, consentendo di addivenire ad un cambio culturale nella gestione del rischio che ha consentito poi il raggiungimento di tale risultato. La qualità, guardando le segnalazioni di non conformità che le varie strutture hanno dovuto prendere contezza a seguito dello svolgimento non canonico nell'ottica della certificazione, hanno spinto e affinato i comportamenti nella giusta direzione, nel tempo.

2.2.8 Collegamento della pianificazione integrata con il Budget dell'IRCCS

Vedi documento allegato alla DCS n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022"; paragrafo 7 "Il Piano delle Performance e il processo del Ciclo di gestione delle performance" e sottoparagrafo 7.1.4 "Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio" di pagina 32-35. Nel paragrafo indicato si delineano le programmazioni incardinate nelle schede di budget, come negoziate con i vari centri di responsabilità.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La legge 6 novembre 2012 n. 190 si inquadra negli indirizzi della normativa internazionale in tema di lotta alla corruzione con la scelta di rafforzare la prevenzione accanto allo strumento della repressione. A fronte della pervasività del fenomeno si è ritenuto di incoraggiare strategie di contrasto che anticipino la commissione delle condotte corruttive.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

Sulla base degli indirizzi e dei supporti messi a disposizione dall'ANAC, mediante l'azione affidata al RPCT, l'IRCCS potrà aggiornare la pianificazione secondo canoni di semplificazione calibrati in base alla tipologia di amministrazione. In particolare, la sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, potrà contenere:

- Valutazione di impatto del contesto esterno per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.
- Valutazione di impatto del contesto interno per evidenziare se la mission dell'ente e/o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa.
- Mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico (cfr. 2.1.).
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esito positivo).
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo.

Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.

- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.
- Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.

Ai fini del presente piano il concetto di corruzione è inteso in senso lato come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso di attività propriamente amministrative o tali in connessione ad attività sanitarie, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, sono pertanto più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate negli artt. 318, 319 e 319 ter c.p.

Sono, altresì, ricomprese quelle situazioni previste dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n. 231/01 e ricomprese nell'intera gamma dei "Delitti contro la pubblica amministrazione" disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale in parte modificati dalla stessa Legge 190/2012.

L'ANAC (Autorità) ritiene opportuno precisare, pertanto, che naturalmente con la legge 190/2012 non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione ma per la prima volta in modo organico si introducono e, laddove già esistenti, si mettono a sistema misure che incidono e configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

La presente sezione (quale evoluzione del PTPCT nell'ottica del PIAO) è uno strumento di programmazione che indica le attività svolte in termini di prevenzione della corruzione e gli intenti da conseguire nel corso del triennio al quale si riferisce. Tale programmazione pone in stretta correlazione con il Piano della Performance redatto ai sensi del D. Lgs. 150/2009, col fine di integrare le intenzioni di prevenzione della corruzione a correlati obiettivi da raggiungere in concreto dai dipendenti dell'amministrazione, congiuntamente alla sezione di formazione del personale. L'IRCCS Saverio de Bellis adempie al dettato normativo mediante l'approvazione del presente PIAO 2022-2024 revisionando le attività implementate precedentemente per la prevenzione della corruzione e trasparenza, apportando in prima applicazione, per quanto possibile, le indicazioni e i contenuti dell'ultimo PNA approvato con deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 e quanto l'ANAC ha reso noto nell'ultimo incontro in videoconferenza con gli RPCT dei vari Enti della PA dal titolo "Orientamenti per la pianificazione

anticorruzione e trasparenza 2022”, ovvero di non adottare un PNA 2021, successivo al 2019, per non aggiungere ulteriori varianti allo scenario di cambiamento annunciato dal PIAO.

2.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024

La presente sezione, nel concreto il PTPCT 2022-2024, è un atto formale che attesta ed espone la politica di prevenzione del rischio corruttivo che l'IRCCS intende perseguire al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento in attuazione della Legge 190 del 2012.

Ritenuto, pertanto, che la ratio della L. 190/12 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione sopra indicati, il presente piano mira a individuare e a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.lgs. n.165/01 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, quei comportamenti dei propri dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il Pubblico Impiego e in particolare i casi anche quando venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione (cd *maladministration*).

Il presente Piano si applica a tutti i dipendenti dell'IRCCS e recepisce dinamicamente le modifiche alla legge, ai decreti attuativi, alle circolari, alle linee guida, alle direttive nonché le eventuali prescrizioni del piano nazionale anticorruzione dell'ANAC.

In prima applicazione i Responsabili delle unità operative complesse e semplici sono tenuti a notificare il Piano ai rispettivi dipendenti; esso, inoltre, a cura dell'Amministrazione sarà reso disponibile a tutti i dipendenti mediante comunicazione del numero della delibera di adozione del Piano per mezzo delle email aziendali.

All'atto dell'assunzione in servizio dovrà essere riportata formale dichiarazione nei contratti individuali di lavoro della consegna e ricevuta di copia del presente Piano con indicazione dell'indirizzo del sito web aziendale per la conoscibilità dei successivi aggiornamenti che il dipendente si renderà parte diligente di consultare e che in tal modo si avranno per conosciuti e notificati.

2.3.1.1 Oggetto e riferimenti normativi

Con riferimento a quanto inerente agli aspetti normativi riguardanti la materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si riporta un sintetico riferimento delle disposizioni aggiornate emanate sino alla data di predisposizione del presente PTPCT, che comprende non solo le disposizioni normative ma anche le circolari e le linee guida emanate a scopi interpretativi o di indirizzo di cui si è tenuto conto nella redazione del presente piano.

Normativa di riferimento

- L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità della pubblica amministrazione”;
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del PNA;
- D. Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- D.P.R. 62/20 13 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- D.lgs. 39/20 13 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- PNA predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall’A.N.AC. con delibera n. 72/20 13 del 11.09.2013;
- D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” convertito con modificazioni dalla L. 221/2012;
- D.L. 31 agosto 2013, n. 101 “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” convertito con L. 125/2013;
- Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i “Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti” elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013 in attuazione di quanto previsto dall’intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;
- Delibera A.N.AC. 75/2013: “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/200 1)”;
- D.L. 24 giugno 2014 n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari” convertito con modificazioni dalla L. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’A.N.AC. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all’art. 1, c. 4, 5, e 8 della L. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all’art. 48 del D.lgs. 33/2013;
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento approvato dall’A.N.AC. il 9 settembre 2014;

- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario";
- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con determinazione n.12 del 28 ottobre 2015;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici
- PNA 2016 deliberazione ANAC n. 831 del 03 agosto 2016
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018
- Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019;
- Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 - Delibera n. 586 del 26 giugno 2019;
- Regolamento per la gestione del Casellario Informativo dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 213, comma 10, d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, approvato con delibera ANAC n. 861 del 2.10.2019;
- Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità di cui al d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 approvato dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 920 nell'adunanza del 16 ottobre 2019;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019.
- Vademecum "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" approvato dal consiglio dell'Autorità il 2/2/2022

Di seguito sono riportati i reati contro la Pubblica Amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I del Codice Penale:

Norma di riferimento Reato presupposto

- Art. 314 c.p. – (Peculato)
- Art. 316 c.p. – (Peculato mediante profitto dell'errore altrui)
- Art. 316 bis c.p. – (Malversazione a danno dello Stato)
- Art. 316 ter c.p. – (Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato)
- Art. 317 c.p. – (Concussione)
- Art. 318 c.p. – (Corruzione per un atto d'ufficio)
- Art. 319 c.p. – (Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)
- Art. 319 bis c.p. – (Circostanze aggravanti)
- Art. 319 ter c.p. – (Corruzione in atti giudiziari)
- Art. 319 quater cp – (Induzione indebita a dare o promettere utilità)
- Art. 320 c.p. – (Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio)
- Art. 321 c.p. – (Pene per il corruttore)
- Art. 322 c.p. – (Istigazione alla corruzione)
- Art. 322 bis c.p. – (Peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e Stati esteri)
- Art. 322 ter c.p. – Confisca;
- Art. 323 c.p. – Abuso d'ufficio;
- Art. 323 bis c.p. – Circostanza attenuante;
- Art. 325 c.p. – Utilizzazione di invenzioni o scoperte conosciute per ragione di ufficio;
- Art. 326 c.p. – Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio;
- Art. 328 c.p. – Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione;
- Art. 329 c.p. – Rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica;
- Art. 331 c.p. – Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità;
- Art. 334 c.p. – sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa;
- Art. 335 c.p. – Violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa;
- Art. 335 bis c.p. – Disposizioni patrimoniali.

2.3.1.2 Organizzazione per la prevenzione della corruzione

2.3.1.2. a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) per l'IRCCS è il dott. Michele Albino Di Lorenzo, dirigente amministrativo con incarico di base, nominato con deliberazione del Direttore Generale n.15 del 22/01/2021.

2.3.1.2. b Struttura di supporto al RPCT

Non è stata definita una struttura di supporto al RPCT. Le attività sono svolte dal RPCT con l'ausilio degli uffici amministrativi che all'occorrenza, con le direttive del RPCT, operano al fine di consentire la disponibilità informativa necessaria all'effettuazione del fabbisogno informativo richiesto dai monitoraggi sulla prevenzione e dagli obblighi informativi della trasparenza

2.3.1.2. c Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il piano qui riformulato nell'ottica di sezione del PIAO, non ha cambiato la configurazione adottata con il PTPCT 2021-2023, mantenendo sostanzialmente le prerogative e le modalità con cui è stato identificato il percorso di prevenzione della corruzione e di trasparenza dichiarato a fine documento nell'allegato, **allegato PTPCT-2022-2024**, in cui sono stati riportati gli aggiornamenti rivenienti dalle riflessioni fatte sia da parte del RPCT che da parte dei referenti del RPCT e dei cittadini, dopo l'avviso pubblico portato all'attenzione di detti stakeholder sulle pagine degli avvisi in evidenza del sito aziendale, con scadenza di comunicare entro il 20/04/2022 mediante apposito modulo.

2.3.1.3 Gestione del rischio

La metodologia di analisi del rischio, nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione, si caratterizza per l'individuazione di ambiti (fattori abilitanti) la cui modalità di gestione può determinare l'eventuale insorgenza di rischi corruttivi. Per maggiore comprensione si consiglia di avere a supporto l'allegato "PTPCT 2022-2024".

Gli interventi effettuati per il PTPCT 2021-2023, hanno interessato anche la metodologia di mappatura, andando ad ampliare e perfezionare quanto già era stato individuato e apportando a quest'ultima la nuova analisi e valutazione del rischio.

La presente sezione, infatti, rappresenterà la rielaborazione effettuata nel precedente RPCT, qui mantenuta, che ha visto una sostanziale modifica alla valutazione del rischio rispetto a quanto rilevabile nell'ambito degli antecedenti PTPC, avendo operato alcuni adattamenti alla luce delle indicazioni fornite dal PNA 2019. In particolare, per quanto attiene alla individuazione degli eventi a rischio, il PNA 2019 suggerisce di effettuare un'approfondita analisi dei "fattori abilitanti" dei fenomeni corruttivi, ossia "i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione" e che consentono "di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi".

Si tratta di dati che vengono esplicitati all'interno delle nuove matrici per facilitare gli uffici nella rilevazione.

Al fine di dare attuazione alle indicazioni sopra riportate, sono stati rilevati i fattori abilitanti e la loro specifica rappresentazione all'interno delle schede attraverso l'inserimento di una colonna ulteriore ad essi riservata. In tal modo si è inteso, altresì, implementare, anche per il futuro, l'esercizio dei controlli spettanti al RPCT in merito alle scelte operate dagli uffici, valutando l'idoneità delle misure programmate anche in relazione ai predetti fattori e richiedendo, ove necessario, ulteriori elementi informativi ai referenti.

Inoltre, sempre in un'ottica implementativa, è stata effettuata sulle articolazioni dell'Ente una formalizzazione degli eventi a rischio, che nel futuro dovrà svolgersi anche "tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi (processo o attività) si riporta la descrizione di tutti gli eventi rischiosi che possono manifestarsi".

In un'ottica di gradualità dell'azione preventiva, si ritiene necessario differire la definitività della stesura del registro dei rischi, atteso che quest'ultimo presuppone un'ulteriore attenta analisi e ponderazione dei comportamenti a rischio corruzione in rapporto ai processi ed alle attività svolte dagli uffici. Allo stato, infatti, tale intervento risulta in itinere e comunque in fase embrionale, in considerazione della recente innovazione delle matrici di mappatura e della nuova metodologia approntata per procedervi. Per la presente annualità, si è inteso mantenere all'interno del file di mappatura, utilizzando l'applicativo Access, schede per la identificazione dei rischi e per il seguente processo di gestione del rischio nei suoi elementi essenziali. La partenza con aspetti di effettiva sperimentazione del sistema di prevenzione così definito potrà nel tempo, previo opportune analisi, consentire a raccolta dei dati ai fini di una coerente e più dettagliata catalogazione dei rischi.

Lo studio sui comportamenti, sia nell'ambito dell'analisi del contesto interno sia di quello esterno, dovrà essere supportato dall'applicazione di un metodo scientifico, che presuppone un'analisi e verifica nel peculiare contesto amministrativo in cui i vari operatori agiscono.

L'applicazione meccanica della tecnica suggerita dall'Allegato 5 del PNA del 2013 spesso ha restituito, risultati non completamente conformi alla realtà con una conseguente sottovalutazione del rischio.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione nella stesura dei precedenti Piani ha privilegiato un sistema di misurazione quantitativo, piuttosto che qualitativo.

2.3.1.3. a Analisi del contesto

La prima macro-fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto, in cui l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie a identificare il rischio corruttivo in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

2.3.1.3. a1 Contesto esterno

Il PNA sollecita le amministrazioni a riportare nei Piani le informazioni riguardanti il contesto esterno ed interno, con riferimento ad eventi di illegalità nell'ambito pubblico, emersi e registrati nell'ambito territoriale di interesse. L'inquadramento del contesto presume un'attività attraverso la quale è possibile far emergere le notizie e le informazioni necessarie all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono impattare sull'Azienda, in virtù delle molteplici specificità derivanti dal contesto, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali, nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali. L'IRCCS Saverio de Bellis è situato nel Comune di Castellana Grotte, nella provincia di Bari, con circa 19.675 abitanti, conosciuto soprattutto per il complesso carsico delle Grotte di Castellana. Tra i principali e più significati indici demografici calcolati sulla popolazione residente a Castellana Grotte, si registra nell'anno 2016 un indice di vecchiaia pari a 154,7, ossia ci sono 154,7 anziani ogni 100 giovani.

Tale indicatore ovviamente evidenzia il tessuto socioeconomico dell'ambito territoriale comunale in cui si trova ad operare l'Istituto con una notevole affluenza di assistiti sia dai comuni limitrofi e soprattutto dai bacini interregionali, risultando la specializzazione "gastroenterologica" alla qualificazione di ente di diritto pubblico di rilievo nazionale. Il numero dei ricoveri della Regione Puglia negli ultimi 10 anni è progressivamente diminuito, tale riduzione è avvenuta principalmente a carico dei ricoveri in regime ordinario. I dati dell'IRCCS rispecchiano tale andamento, i quali hanno evidenziato una stabilizzazione dei R.O. negli ultimi anni con incremento delle prestazioni in Day Service e Day Hospital con un incremento della complessità della casistica trattata.

Tale andamento potrebbe essere giustificato da due ordini di motivi: 1. scelta strategica territoriale della Regione Puglia, che finalmente ha riconosciuto l'IRCCS istituto di riferimento per la gastroenterologia dando ad esso la possibilità di allargare l'offerta Gastroenterologica, assegnando (con DGR n.1933 del 30.11.2016) nuove UU.OO., quali l'Oncologia e Malattie Endocrine-Metaboliche, strutture ad oggi attivate.

Con riferimento alla localizzazione territoriale dell'IRCCS, non si evidenziano significative presenze di organizzazioni criminali, pur non sottovalutando la potenzialità di possibili rischi specifici sui furti di farmaci.

L'IRCCS ha consapevolezza del predetto rischio specifico, ancorché potenziale in ambito aziendale, avendo cognizione di quanto emerso dal secondo report "The theft of medicines from Italian hospitals" pubblicato da Transcrime, il Centro interuniversitario di ricerca sulla criminalità transnazionale dell'Università Cattolica di Milano e dell'Università degli studi di Trento. Tra i farmaci più rubati quelli oncologici, seguiti da anti-reumatici, immunosoppressori e farmaci biologici. Campania e Puglia sono le regioni più colpite, in cui si concentrano il 45% di tutti i casi. Il business fa gola soprattutto alla criminalità organizzata e per quanto riguarda le destinazioni dei farmaci rubati i ricercatori individuano oltre all'Italia Slovacchia, Lettonia, Ungheria, Slovenia e Romania, definite "lavanderie" in cui questi farmaci vengono riciclati. I prezzi elevati e l'alta redditività, oltre che la possibilità di smercio sul mercato nero e la vendita sul web, sono tra i motivi che spingono le organizzazioni criminali a puntare sulla sottrazione dei farmaci in ospedale, favorita da pochi arresti e sanzioni inferiori a quelli di attività illecite simili, come il traffico di droga. L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività dell'Azienda e che devono essere considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:

- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

L'interazione dell'IRCCS con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolar modo per i seguenti attori:

- RUP
- Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti Commissioni bandi di gara e concorsi
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Personale medico in ALPI.

I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa

I controlli periodici e la vigilanza sull'osservanza delle misure anti-corruttive da parte dei Referenti del RPCT e dello stesso Responsabile per la prevenzione della corruzione, evidenziano una generale sensibilizzazione del personale tutto sui temi dell'etica e legalità.

2.3.1.3. a2 Contesto interno

L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è una struttura ospedaliera ad indirizzo specialistico gastroenterologico medico e chirurgico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico. L'IRCCS svolge la propria attività nel campo delle "Malattie Gastroenterologiche" sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di stretto collegamento, perseguendo, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti. Di rilievo è il recente orientamento di sviluppare attività clinica e di ricerca ampliando e facendo propri i concetti di "medicina partecipata, quella di precisione e soprattutto la predittiva/preventiva" che prevede un allargamento delle competenze anche al territorio. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi (DIEF annuali) con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità dell'attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione. L'IRCCS Saverio de Bellis si presenta come un sistema sanitario complesso in cui interagiscono continuamente fattori interni ed esterni che concorrono alla determinazione di punti di forza, punti deboli e minacce o opportunità. Il contesto consente di tracciare i confini entro i quali si svolge la complessa interazione tra l'Istituto e i molti soggetti che sono interessati al suo funzionamento. Nella strategia di prevenzione della corruzione risulta di fondamentale importanza analizzare il contesto di riferimento esterno ed interno, per poter efficacemente individuare i fattori e le dinamiche che possono influire sulla valutazione e sulle strategie di gestione del rischio complessivo.

L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari in campo nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. È parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Puglia nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e formazione. Sul piano organizzativo la struttura è regolamentata sulla base della normativa regionale quale Ente di ricerca non trasformato e pertanto la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale. L'organizzazione e funzionamento dell'Ente è disciplinato, altresì, dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo n.288 del 2003, nonché dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili. La struttura organizzativa dell'Azienda è consultabile all'indirizzo:

<https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/articolazione-degli-uffici>

Il personale interno consta di 381 dipendenti rilevati al 30/04/2022:

- | | | | | |
|----|----------------------------------|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1. | di cui 330 a tempo indeterminato | e | 27 a tempo determinato | +20 ricercatori + 4 convenzioni |
| 2. | di cui 290 del comparto | e | 91 dirigenti | |
| | a. di cui 168 Sanitari | | b. di cui 86 area Sanità | |
| | + 27 Amministrativi | | + 5 area PTA | |
| | + 75 Tecnici | | | |
| | + 20 Ricercatori della piramide | | | |

In linea generale non si evidenziano particolari criticità ulteriori rispetto a quelle tipicamente insite nella natura dell'attività istituzionale svolta da questo IRCCS.

Trattasi di rischi comuni a tutte le Aziende che operano nel sistema S.S.N., in presenza di norme di legge di livello statale e regionale, regolamenti e procedure che disciplinano in modo alquanto puntuale tutte le fasi dei procedimenti e processi interni aziendali, delimitando gli ambiti di discrezionalità operativa.

Si registra una buona conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento Aziendale, soprattutto nelle aree percepite come maggiormente a rischio, vale a dire appalti e contratti pubblici, assunzioni, nomine, affidamenti incarichi e progressioni di carriera.

Tuttavia, questo IRCCS, nell'ottica di un maggiore efficientamento della lotta alla corruzione, intende implementare ulteriori misure preventive, nel triennio 2022-2024, al fine di migliorare il complesso sistema anti-corruttivo posto in essere, con particolare riferimento all'area della Ricerca e Sperimentazione.

Nell'anno 2021 le segnalazioni gestite sono assenti: pari a 0 i rinvii al giudizio dell'UPD.

L'IRCCS, nella realizzazione della sua attività, ha prodotto una rete di relazioni.

I soggetti della rete sono i numerosi ed eterogenei portatori di interessi dell'Istituto. Gli stakeholder con cui si interfaccia e agisce l'IRCCS sono diversi e vanno differenziati a seconda che questi ultimi collaborino all'azione, insieme all'Istituto (stakeholder di input) o se, invece, risulta destinatario della loro azione (stakeholder di output).

Nel primo caso si è poi individuato il tipo di contributo apportato, classificandolo a seconda che riguardi la programmazione delle attività (input di programmazione), l'apporto finanziario (input di finanziamento), o il processo di realizzazione del servizio (input di produzione).

STAKEHOLDER DI INPUT

Di programmazione:

| | |
|---------------------------|---|
| <u>Soggetti pubblici:</u> | Regione "Assessorato Salute" Ministero della Salute Enti di Ricerca Università Comunità scientifica |
| <u>Soggetti privati</u> | Associazioni di categoria |

Di Finanziamento

| | |
|---------------------------|--|
| <u>Soggetti pubblici:</u> | Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici |
| <u>Soggetti privati:</u> | Aziende Cittadini |

Di Produzione

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <u>Soggetti pubblici</u> | Aziende di Servizi alla Persona |
| <u>Soggetti privati</u> | Fornitori Dipendenti |

STAKEHOLDER DI OUTPUT

| | |
|---|---|
| <u>Servizi resi a Soggetti pubblici</u> | Regione "Assessorato Salute" Ministero della Salute Università Enti di Ricerca Comunità scientifica |
| <u>Soggetti privati</u> | Cittadini Enti ed associazioni |

Comunità scientifica

La struttura organizzativa e la sensibilità dell'IRCCS alla prevenzione della corruzione

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Istituto e al fine di assicurare una puntuale osservanza della L. 190/12, i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili di tutte le articolazioni e unità operative aziendali, sia amministrative che sanitarie, sono *ipso facto* individuati quali "Referenti" del RPCT (art.1 c.8 periodo 2°), fermo restando la facoltà del Direttore Generale di individuare, per specifiche necessità, ulteriori Referenti in possesso di specifica professionalità.

In particolare, le figure coinvolte sono:

- Il Direttore Generale, il quale:

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (D.lgs. 97/2016, art. 41, co. 1, lett. g);
- assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e i relativi aggiornamenti;
- decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dalle stesse segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.lgs. 97/2016. La nuova disciplina unifica in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ne rafforza il ruolo, riconoscendo poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative. Si elencano gli aspetti caratterizzanti tale attore, come, peraltro, dettagliatamente illustrati nell'Allegato 2 (Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza) alla Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 e nell'Allegato 3 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019:

- è individuato dal Direttore Generale, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio (art. 41, co. 1, lett. f, d.lgs. 97/2016);
- il nominativo deve essere comunicato all'ANAC (con indicazione del relativo indirizzo di posta elettronica certificata), così come deve essere comunicata all'Autorità il provvedimento di revoca dell'incarico;
- nell'affidamento dell'incarico si segue un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti. Qualora nei confronti del Responsabile siano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione e alla conseguente revoca dell'incarico;
- opera in piena autonomia e indipendenza dall'organo di indirizzo (Art. 41, co. 1 lett. f) D.lgs. 97/2016);
- segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (Art. 41, co. 1 lett. f) D.lgs. 97/2016);
- eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità Nazionale Anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al comma 3, articolo 15, Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 3915;
- in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (responsabilità dirigenziale), nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano (art. 41, co. 1, lett. l), D.lgs. 97/2016). I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano;

- al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA)¹⁶, il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPCT;
- fatti salvi i diversi termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, il RPCT trasmette all'Organismo Indipendente di Valutazione e al Direttore Generale, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione.

Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività (art. 41, co. 1, lett. l), D.lgs. 97/2016).

Ai sensi della Legge 190/2012:

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;

A norma dell'art. 15 del D.lgs. 39/2013:

- cura, anche attraverso le disposizioni del presente Piano, che nell'Istituto siano rispettate le disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi;
- contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato Decreto Legislativo; In base all'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013, cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della trasparenza, e in particolare:

- il controllo dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità (attualmente sezione del PTPCT);
- la regolare attuazione dell'accesso civico;
- la segnalazione dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla vigente normativa.

In base alla raccomandazione ricevuta dal Consiglio dell'ANAC, nell'adunanza del 15 Novembre 2017, come confermato nel PNA 2019, il RPCT dell'Istituto presidia l'area dei conflitti di interesse, con particolare riguardo alle effettive dichiarazioni di assenze di conflitti, al dovere di astensione in caso di conflitti, all'irrogazione delle sanzioni disciplinari in caso di violazione. Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
 - accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
 - avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.
- **I referenti per la prevenzione della corruzione e i dirigenti**

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali da parte del RPCT, l'Istituto individua nel successivo elenco un gruppo di referenti aziendali per la prevenzione della corruzione, ai quali è attribuita l'importante funzione di collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di rendere concreti e applicabili i principi contenuti nel Piano e quelli dettati dalla normativa, nonché realizzabili le attività di monitoraggio e controllo.

I referenti per la prevenzione della corruzione sono identificati con i Direttori / Dirigenti responsabili delle seguenti articolazioni aziendali:

- Direzione Scientifica
- Direzione Sanitaria

- U.O.C. Chirurgia I
- U.O.C. Chirurgia II
- U.O.C. Gastroenterologia I
- U.O.S.D. Oncologia
- U.O.C. Gastroenterologia II
- U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities
- U.O.C. Genetica Medica
- U.O.C. Anatomia Patologica
- U.O.S.D. Cardiologia
- U.O.S.D. Diagnostica per Immagini
- U.O.S.VA. Farmacia Ospedaliera
- U.O.C. Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e CG
- U.O.S. Burocratico-legale e Affari Generali
- U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
- U.O.C. Area Gestione Patrimonio
- U.O.S. Gestione Tecnica

In tal senso, i referenti svolgono un'attività informativa nei confronti del Responsabile (affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e sull'attività dell'amministrazione) e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale. I referenti osservano le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 14, della L. n. 190 del 2012). Svolgono, inoltre, assieme ai dirigenti:

- attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.lgs. n. 165 del 2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano, ove in loro potere, le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della L. n. 190 del 2012).

- Il personale dipendente e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPCT e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD, segnalano casi di personale conflitto di interessi. Essi rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti osservano le prescrizioni contenute nel piano per la Prevenzione della corruzione e trasparenza, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto osservano le misure e le prescrizioni contenute nel Piano e segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della struttura cui afferiscono o al RPCT o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (artt. 2 e 8 DPR 62/2013), come meglio disciplinato nel Codice di Comportamento aziendale adottato con la DDG n.289 del 17/06/2020.

- L'Organismo Indipendente di Valutazione

Il D.lgs. n. 74/201720 è intervenuto sulla disciplina della misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici, introducendo una serie di modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione della Legge n. 124 del 2015. Il Decreto Legislativo n. 74, teso a superare le criticità riscontrate nella concreta attuazione del D.lgs. 150/2009, enfatizza il Ruolo dell'OIV, ne rafforza le competenze in materia di Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale, ma non riserva un particolare trattamento agli obiettivi in tema di prevenzione della corruzione. Pertanto, in coerenza al passato, ai fini delle attività di prevenzione della corruzione, l'OIV:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda (art. 54, comma 5, D.lgs. n. 165 del 2001);
- Per quanto riguarda, le previsioni di cui all'art 43 del D.lgs. n. 33 del 2013 si sottolinea che, l'OIV:
 - riceve segnalazione dal responsabile della corruzione/trasparenza circa ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- riceve segnalazione dal responsabile della corruzione/trasparenza circa i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità;
- riceve la Relazione annuale che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della l. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

Per quanto riguarda, le previsioni di cui all'art 44 D.lgs. n. 33 del 2013 si sottolinea che, l'organismo indipendente di valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

In base alla previsione di cui all'Art. 45 del D.lgs. n. 33 del 2013 l'autorità nazionale anticorruzione, controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni.

L'autorità nazionale anticorruzione può inoltre chiedere all'organismo indipendente di valutazione (OIV) ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente. Il D.lgs. 97/2016 ha aggiunto, all'art. 8 della Legge 190/2012, l'art. 8-bis in base al quale «l'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza».

- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari

L'ufficio preposto all'azione disciplinare:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della Prevenzione, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

- Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000

- Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, "la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale";
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012, il Responsabile della Prevenzione *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

(1) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano (di cui al comma 5) e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;

(2) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione."

- Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione e informazione e segnalazione previste dal presente Piano, nonché delle regole di condotta previste nel Codice di Comportamento aziendale da parte dei dipendenti dell'azienda è fonte di:

- per il personale non dirigenziale, responsabilità disciplinare;
- per i dirigenti, anche di responsabilità dirigenziale.

I Referenti delle Macroaree, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dal Codice di Comportamento. Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal D.lgs. 165/2001 e dal citato regolamento aziendale, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa dell'incolpato.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva:

- ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dei provvedimenti in materia di svolgimento di incarichi o attività extra-istituzionali;
- ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale,

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

Per la violazione degli obblighi previsti dal codice di comportamento aziendale, le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla Legge, dal Codice generale, dai regolamenti e dai contratti collettivi delle Aree Dirigenziali e del Comparto, incluse quelle espulsive, come riepilogate dalla regolamentazione interna dell'Istituto.

- Il Responsabile per l'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il PNA 2016 richiede l'indicazione all'interno del Piano del nominativo del RASA, quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Tale previsione è stata mantenuta anche nell'ultimo PNA 2019.

A seguito della richiesta formale del RPCT indirizzata all'Organo di vertice, l'incarico è stato conferito in data 04/10/2017 giusta DDG 662, al Dirigente dell'Area Gestione del Patrimonio, quale RASA aziendale.

Considerato che a seguito del Trasferimento di detto responsabile specificatamente nominato con la menzionata deliberazione per mobilità nel corso del 2020, si rileva la necessità di richiedere la nomina di successore con nuovo atto di nomina. Ad ogni buon conto si rileva che le attività di comunicazione da parte della stazione appaltante verso l'Autorità, richieste a detto responsabile, sono state effettuate nel corso del 2020.

- Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo

In ottemperanza a quanto disposto dal decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 «Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione», sarà necessario individuare il gestore da designare mediante richiesta di atto di nomina.

La mappatura dei processi

La mappatura dei processi è un modo "razionale" per individuare e rappresentare tutte le attività dell'Istituto per fini diversi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

All'interno dell'Istituto è stata costruita una mappa integrata dei processi che si svolgono nell'ente. Per processo si intende una sequenza di attività che genera servizi rivolti all'interno o all'esterno dell'Istituto.

La costruzione di questa mappa è stata realizzata attraverso l'approfondimento e la rielaborazione di quanto analizzato nei precedenti anni e apportando le implementazioni necessarie al fine di rendere più conforme il piano alla realtà operativa dell'Istituto.

La mappatura valsa per il triennio 2019-2021, è stata rivisitata alla luce delle Linee Guida di snellimento della gestione del rischio.

Infatti, con l'allegato 1 al PNA 2019 si sollecitava l'adozione di una nuova metodologia per la mappatura che identificava le fasi della mappatura dei processi, individuandole in:

1. l'identificazione;
2. la descrizione;
3. la rappresentazione.

La mappatura dei processi, pertanto, doveva essere realizzata applicando il principio di gradualità, partendo dalle tre fasi, sopra elencate per giungere al seguente risultato:

identificazione > Elenco dei processi > Elenco completo dei processi che riassumono tutta l'attività dell'ente;

descrizione > Scheda di descrizione > Valuto solo alcuni processi > Valuto tutti i processi;

rappresentazione > Tabella o diagramma dei processi > Valuto solo alcuni elementi descrittivi > Valuto tutti gli elementi descrittivi.

Il passaggio successivo suggerito dall'ANAC nell'allegato "1" del PNA 2019, è di finalizzare l'analisi del livello di esposizione al rischio dei vari processi rilevati dalla mappatura, prevedendo di:

1. scegliere un approccio di tipo valutativo;
2. individuare i criteri di valutazione;
3. rilevare i dati e le informazioni;
4. formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici, ma in ottica sintetico-valoriale.

Le indicazioni dell'ANAC hanno reso, di fatto, superati i precedenti riferimenti metodologici e hanno comportato, per gli enti – soprattutto quelli di piccola e media dimensione – una complessa ed impegnativa attività di analisi approfondita e mirata che presuppone:

1. una iniziale individuazione dei criteri di valutazione;
2. una rilevazione dei dati;
3. la formulazione di un giudizio per ogni processo "mappato".

Quest'ultimo aspetto – certamente non secondario nella redazione del nuovo Piano Triennale – deve essere attentamente valutato dal RPCT, tenendo conto che l'ANAC, sin dal 24 luglio 2019 – data di presentazione del PNA per la consultazione online – aveva chiarito che i soggetti tenuti a predisporre il Piano potevano già da allora riferirsi alle indicazioni metodologiche contenute nell'allegato 1 del nuovo PNA.

Nella realtà fattuale, però, la versione definitiva del PNA e dei suoi allegati è stata fatta conoscere il 22 novembre 2019, quando il testo è stato pubblicato nel sito dell'ANAC.

In considerazione di ciò, sono stati molti i RPCT e le amministrazioni che hanno denunciato di non aver potuto procedere, nel Piano 2020/2022, a "mappare" i processi con il nuovo metodo di tipo qualitativo. Nel caso dell'IRCCS, per il triennio 2020/2022 si è proceduto con una prima rimodulazione della mappatura secondo le indicazioni, mantenendo tuttavia la vecchia valutazione quantitativa per l'analisi del rischio.

Nel presente documento, valido per il triennio 2022-2023, il nuovo approccio avviato nel 2021 e applicato in maniera graduale, attenendosi scrupolosamente a quanto previsto dall'All. 1 al PNA 2019, è proseguito per il piano 2022.

Nello specifico, si è proceduto, nell'ottica di applicare la nuova metodologia della mappatura dei processi, ad identificare le macroaree di rischio, che fungono da aggregatori di processi omogenei, individuandolo nelle seguenti:

- Area A: Gestione delle risorse umane
- Area B: Gestione contratti pubblici
- Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti che si caratterizzano per la erogazione diretta di contributi economici, anche se nella forma della sovvenzione o del rimborso)"
- Area D: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario – servizi privi di rilevanza economica per i destinatari (Provvedimenti relativi all'attribuzione di vantaggi che non producono un effetto economico diretto)
- Area E: Gestione amministrativa contabile
- Area F Controlli, ispezioni e verifiche
- Area G: Affari generali, legali e Contenzioso
- Area H: Gestione entrate e spese e Patrimonio
- Area I: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

- Area L: Incarichi e nomine
- Area M: Attività libero professionale e liste di attesa
- Area N: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Successivamente, per ogni macroarea sono stati individuati i processi (procedimenti) per i quali è più probabile che si manifestino situazioni che favoriscano l'insorgere di eventi corruttivi. Pertanto, si è proceduto ad effettuare l'aggiornamento delle matrici di mappatura dei processi (procedimenti), ai fini dello svolgimento del processo di gestione del rischio.

Il principio della completezza che ha ispirato l'applicazione della nuova metodologia ha determinato la scelta di mappare e valutare non soltanto le attività inerenti alle aree di rischio generali (già individuate dall'Aggiornamento 2015 al PNA), bensì tutte le attività poste in essere dagli Uffici dell'Istituto come risultanti dall'attuale assetto organizzativo (vedi DDG n.91/2020).

Il principio di analiticità è stato attuato valutando le singole unità organizzative al fine di individuarne i processi nell'ambito dei procedimenti. Un alto grado di approfondimento ha permesso di scomporre ciascun "processo" in "attività", al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo.

La base di partenza è stata da un lato la valutazione di quanto svolto sino ad ora, cercando di implementare quanto già fatto con i precedenti piani e dall'altro, attraverso un'attività di ricognizione più capillare rispetto al passato un coinvolgimento sempre più capillare di tutti i referenti e i soggetti coinvolti.

Il tutto è confluito all'interno di una matrice (in formato Excel) che semestralmente verrà condivisa con i vari referenti al fine di consentire un monitoraggio e aggiornamento costante, sia in termini di processi che di valutazione e trattamento del rischio.

In tale prospettiva, è stata già presentata ai referenti la mappatura rilevata a fine 2020 (Allegato 2 al presente Piano) con l'invito a presentare eventuali comunicazioni di aggiornamento alla mappatura esistente, con nota prot.3150 del 10/03/2021, con l'intento di integrare al Piano del 2021-2023 la maggior parte dei cambiamenti rilevabili.

L'ufficio del RPCT in futuro provvederà, in corso d'anno (termine che si considera valido per l'attuazione della nuova metodologia), a fornire ulteriori indicazioni specifiche, rispetto a quelle già contenute nella guida alla compilazione, guidando i referenti sulla base delle singole esigenze e necessità.

La matrice di mappatura scaturita da tale attività (allegato 4 cui si rinvia) si compone di due sottosezioni:

- la prima contenente informazioni di carattere generale della mappatura (indicazione della denominazione e dell'acronimo dell'ufficio, del nominativo dirigente responsabile e dei processi del procedimento individuato affidati alla cura dell'ufficio, delle aree di rischio e per ogni processo le attività)
- e la seconda relativa allo svolgimento della gestione del rischio.

Le colonne della matrice in trattazione, per catalogare le informazioni riguardanti i processi e le specificità di gestione del rischio, sono riportate sotto, in righe trasposte rispetto alle colonne della tabella, per comodità di presentazione e per dare visione d'insieme delle informazioni:

| | | |
|---|--|--------------------|
| Sottosezione "Mappatura delle attività, delle fasi e delle azioni" | UFFICIO DI COMPETENZA | |
| | N. PROCESSO | |
| | AREA DI RISCHIO | |
| | PROCEDIMENTO | |
| | DESCRIZIONE PROCESSO | |
| | Responsabilità complessiva del Processo | |
| | DESCRIZIONE ATTIVITA' | |
| | Esecutore Attività | |
| Sottosezione "Svolgimento del processo di gestione del rischio" | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO CORRUZIONE (EVENTO a RISCHIO) | |
| | FATTORI ABILITANTI | |
| | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | IMPATTO |
| | | PROBABILITA' |
| | | GIUDIZIO SINTETICO |
| | | MOTIVAZIONE |
| | MISURE GENERALI | |
| MISURE SPECIFICHE | | |

| | TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE | |
|-----------------------|------------------------------------|---|
| | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA | STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022 |
| | | FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE |
| | | INDICATORI DI ATTUAZIONE |
| | | Valutazione Rischio Residuo |
| | | VALORE TARGET |
| SOGGETTO RESPONSABILE | | |

2.3.1.3. b Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive e/o preventive. Si evidenzia la nuova colonna utilizzata, in rosso Valutazione Rischio Residuo, con cui è stata riportata nel PTPCT la rimodulazione del "GIUDIZIO SINTETICO", a seguito dei monitoraggi richiesti dal RPCT e ove effettuati dai referenti delle varie UU.OO. che nella sezione di monitoraggio del PIAO sono approfondite riguardo la documentazione prodotta.

2.3.1.3. b1 Identificazione dei rischi

1. Identificazione dei rischi emersi dall'analisi del contesto esterno e interno

Rispetto all'ambito sanitario si rilevano le seguenti possibilità di rischio corruttivo:

- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- illeciti nella trattazione di rifiuti speciali e pericolosi;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

Rispetto all'ambito amministrativo:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa nelle agende

2. Identificazione dei rischi del sistema sanitario nazionale

Come identificati nelle sezioni speciali dei PNA 2015 PNA 2016 e PNA 2019

3. Identificazione dei rischi specifici dell'IRCCS

I rischi sono assimilabili a quanto identificato per i rischi del sistema sanitario nazionale nelle sezioni speciali dei PNA 2015 PNA 2016 e PNA 2019

2.3.1.3. b2 Analisi dei rischi

In una prospettiva di superamento dell'Allegato 5 al PNA 2013, l'Allegato 1 al PNA 2019 promuove il ricorso ai cd. "indicatori di rischio" (key risk indicators), ritenuti "in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti". Viene chiarito, tuttavia, che "le amministrazioni possono utilizzare anche altre metodologie di valutazione dell'esposizione al rischio, purché queste siano coerenti con l'indirizzo fornito nel presente allegato e adeguatamente documentate nei PTPCT". In ogni caso, le valutazioni svolte dovranno essere supportate da dati oggettivi (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) affinché possa pervenirsi ad una stima del rischio corrispondente al dato reale.

Si auspica che la nuova metodologia di analisi del rischio, ispirata a una matrice valutativa, in linea con i recenti orientamenti espressi dall'ANAC, su proposta del RPCT, produca i risultati attesi in un'attica di miglioramento e maggiore perfezionamento. Essa si fonda sull'adozione di un sistema di misurazione ispirato al modello adottato dal "UN Global Compact¹", con l'obiettivo di conferire agilità ed efficacia al processo di valutazione del rischio. Essa mira a concentrare lo sforzo dei vari soggetti

¹ L'UN Global Compact (conta 12.000 aderenti in 145 Paesi) ha creato una task force per valutare i rischi anticorruzione. Con il supporto di società di riferimento a livello mondiale tra cui la Deloitte Touche Tohmatsu ha creato una guida per l'analisi dei rischi di corruzione caratterizzata da robustezza metodologica e semplicità applicativa. La metodologia è stata inoltre soggetta a consultazione che ha coinvolto primarie organizzazioni internazionali, tra cui l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) ed il World Economic Forum - Partnering Against Corruption Initiative (WEF -PACI).

coinvolti nell'attuazione del piano, ovvero i responsabili/referenti verso la necessaria acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale ed operativo delle attività gestite, piuttosto che sulla meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.

Tale approccio porrà il responsabile nelle condizioni di dover acquisire un'adeguata consapevolezza della minaccia di corruzione e dei relativi impatti che questa può avere sull'amministrazione, e di conseguenza, sugli stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici, sistema Paese nel suo complesso).

È evidente che l'adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sull'amministrazione costituisce un fondamentale prerequisito per un'efficace attività di contrasto della corruzione.

Quanto alla stima del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione, il valore finale è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto:

Rischio (E) = Probabilità (E) x Impatto(E).

- 1) **la probabilità** che si verifichi uno specifico evento di corruzione deve essere valutata raccogliendo tutti gli elementi informativi sia di natura oggettiva (ad esempio, eventi di corruzione specifici già occorsi in passato, segnalazioni pervenute all'amministrazione, notizie di stampa), che di natura soggettiva, tenendo conto del contesto ambientale, delle potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive, nonché degli strumenti in loro possesso; tale valutazione deve essere eseguita dal responsabile al meglio delle sue possibilità di raccolta di informazioni ed operando una conseguente, attenta valutazione di sintesi al fine di rappresentare la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su 5 valori: **molto bassa, bassa, media, alta, altissima**;
- 2) **l'impatto** viene valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe:
 - a) sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc.;
 - b) sugli stakeholders (cittadini, utenti, imprese, mercato, sistema Paese), a seguito del degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento di corruzione.

Al precipuo fine di calibrare la metodologia di analisi del rischio al contesto di operatività in cui la stessa si applica, quale è un Istituto di ricerca, è stata presa a riferimento una presunzione di rischio tale da assumere una posizione massimamente garantista.

Tale scelta trova fondamento nel fatto che qualsiasi evento di tipo corruttivo, che dovesse verificarsi nell'ambito dell'IRCCS, avrebbe, in ragione della sua attività, delle conseguenze rilevanti.

Poiché, come sopra evidenziato, la metodologia di calcolo si basa sul prodotto dei due fattori (probabilità ed impatto), mentre il fattore "probabilità" è stato declinato in una scala crescente di 5 valori (molto bassa, bassa, media, alta, altissima), il fattore "impatto", proprio al fine di assumere una posizione di massima prudenza, è stato declinato in tre valori soltanto: "medio", "alto" e "altissimo", sulla base della presunzione che qualunque evento di natura corruttiva avrebbe per l'Ente un impatto notevole.

Il prodotto derivante da questi due fattori ha avuto, come possibile esito, soltanto tre valori di rischio: "medio", "alto" e "altissimo", che sono tutti valori che richiedono un adeguato – seppur differenziato - trattamento in termini di mitigazione del rischio, con idonee misure preventive.

Ai fini operativi è stata, quindi, utilizzata la seguente tabella a doppia entrata di calcolo del rischio.

| Impatto | Medio | Alto | Altissimo |
|--------------------|--------------|------------------|------------------|
| Probabilità | | | |
| Altissima | Alto | Altissimo | Altissimo |
| alta | Alto | Altissimo | Altissimo |
| media | Alto | Alto | Alto |
| Bassa | Medio | Medio | Medio |
| Molto bassa | Basso | Basso | Basso |

La probabilità e l'impatto costituiscono "indicatori di sintesi", caratterizzati da flessibilità e pluralità delle fonti informative di supporto. Gli stessi assumono contenuti più o meno diversi in riferimento ai singoli eventi corruttivi, favorendo una valutazione complessiva dei dati a disposizione.

2.3.1.3. b3 Ponderazione dei rischi

Al fine di rafforzare l'efficacia del sistema innanzi delineato, come peraltro specificamente indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019, il RPCT ha previsto che alle matrici di mappatura degli uffici fosse aggiunta una colonna ulteriore, all'interno della quale verrà richiesto ai responsabili delle unità organizzative di inserire le motivazioni a corredo delle valutazioni espresse, in modo

da poterne verificare l'adeguatezza e/o richiedere chiarimenti in sede di controllo. Dalle giustificazioni addotte sarà possibile, nel tempo, evincere gli indicatori di rischio adoperati nel caso specifico.

In riferimento alla valutazione complessiva del rischio di corruzione, il PNA 2019 raccomanda di ispirarsi nella ponderazione del rischio al criterio di "prudenza", volto anche ad evitare una sua sottostima.

Un esame non improntato a tale criterio, infatti, comporta l'esclusione dal trattamento del rischio, e, quindi, dall'individuazione di misure di prevenzione, di processi in cui siano stati comunque identificati o identificabili possibili eventi rischiosi. Al contrario, è necessario utilizzare tale criterio della prudenza e sottoporre al trattamento del rischio un ampio numero di processi.

Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo identifica la fase di trattamento del rischio consiste nel processo di modificazione del rischio, ossia è il momento in cui si individuano i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'individuazione delle misure deve avvenire anche in considerazione della successiva fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili.

A tal fine, dunque, le misure identificate devono rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, che presuppone l'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure da parte dell'Istituto;
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le risultanze di quanto indicato sopra nei tre punti ha generato per il 2021 quanto riportato nel seguito relativamente allo Stato di attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2021, contenente l'esperienza conseguita rispetto alla mappatura (parte indice di tale documento) e delle misure attivate rispetto alla stessa mappatura (parte di prevenzione della corruzione messa in atto).

2.3.1.3. c Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo di modificazione del rischio, ossia è il momento in cui si individuano i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'individuazione delle misure deve avvenire anche in considerazione della successiva fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili.

A tal fine, dunque, le misure identificate devono rispondere a tre requisiti:

4. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, che presuppone l'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
5. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure da parte dell'Istituto;
6. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le risultanze di quanto indicato sopra nei tre punti ha generato per il 2020 quanto riportato nel documento accluso del presente Piano e identificato come **Allegato 2 - Stato attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2020**, contenente l'esperienza conseguita rispetto alla mappatura (parte indice di tale documento) e delle misure attivate rispetto alla stessa mappatura (parte di prevenzione della corruzione messa in atto).

L'**Allegato PTPCT-2022-2024** al presente Piano, di contro, propone gli aggiornamenti precedentemente disquisiti definendo i contenuti programmatici affidati al presente Piano nell'ottica di seguire le raccomandazioni del PNA 2019 e del suo allegato 1, da ciò scaturendo i contenuti del documento di aggiornamento di Mappatura dei processi e di Valutazione del rischio 2022-2024, in riferimento al quale si riportano le colonne conseguenti così denominate (vedi colonne della matrice riportate sopra):

INDICATORI DI ATTUAZIONE
VALORE TARGET
SOGGETTO RESPONSABILE

I nuovi indici per la valutazione delle misure di prevenzioni (generali e specifiche) ed il loro monitoraggio, il quale avverrà con la compilazione di specifici report da parte dei referenti.

L'aggiornamento 2015 al PNA, superando la distinzione tra misure "obbligatorie"² e misure "ulteriori", sottolinea la necessità che ciascuna amministrazione individui strumenti specifici idonei a mitigare i rischi di corruzione emersi dalla fase di analisi e ponderazione, suggerendo una classificazione che distingue tra:

- A. **Misure generali** (di governo di sistema), che incidono sul sistema complessivo di prevenzione del rischio corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- B. **Misure specifiche**, che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio.

Tale distinzione è stata mantenuta anche nel PNA 2019 di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019. Pertanto, in aggiunta alle misure specifiche riportate nell'Allegato PTPCT 2022-2024 al presente documento, sono state considerate le misure generali come descritte nei paragrafi che seguono.

2.3.1.3. c1 Misure generali

A. Misure generali

Di seguito si riportano in elenco le principali misure generali individuate dal legislatore ed elencate nella Delibera ANAC n. 1064/2019, successivamente dettagliate nel loro significato e dare dettaglio dei contenuti della misura

- 1) Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica
- 2) Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314
- 3) La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici.
- 4) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico
- 5) Rotazione straordinaria
- 6) Rotazione straordinaria
- 7) Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva

Misure sull'imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici

- Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica

L'ordinamento ha predisposto, con ritmo crescente, tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti.

- Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314

La legge n. 97 del 2001, «Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni». In particolare, l'art. 3, co. 1, stabilisce che «quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319- quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza».

In particolare, la normativa in esame può essere così sintetizzata:

- si applica a tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato (non solo i dirigenti) in caso di rinvio a giudizio per i delitti richiamati;
- il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta lasciata all'amministrazione, "in relazione alla propria organizzazione", tra il "trasferimento di sede" e «l'attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza» (art. 3, co. 1);
- «qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle

² 5 Nel PNA 2013 le misure obbligatorie sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative, mentre le "ulteriori" sono costituite da quelle misure individuate e inserite nel PTPC discrezionalmente dall'amministrazione. Tale inserimento le rende obbligatorie per l'amministrazione che le ha previste.

disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza» (art. 3, co. 2);

- il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva, “e in ogni caso, decorsi cinque anni” dalla sua adozione (art. 3, co. 3). Ma l'amministrazione, «in presenza di obiettive e motivate ragioni per le quali la riassegnazione all'ufficio originariamente coperto sia di pregiudizio alla funzionalità di quest'ultimo», “può non dare corso al rientro” (art. 3, co. 4).

In caso di condanna per gli stessi reati di cui all'art. 3, co. 1, anche non definitiva, i dipendenti «sono sospesi dal servizio» (art. 4). La norma chiarisce poi che la sospensione perde efficacia se per il fatto è successivamente pronunciata sentenza di proscioglimento o di assoluzione anche non definitiva e, in ogni caso, decorso un periodo di tempo pari a quello di prescrizione del reato (art. 4). In caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego (art. 5). Nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

Con riferimento ai delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319- quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, dall'esame della norma, si può ritenere che:

- a) in caso di rinvio a giudizio, per i reati previsti dal citato art. 3, l'amministrazione sia tenuta a trasferire il dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento;
- b) in caso di condanna non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio (ai sensi del richiamato art. 4);
- c) nel caso sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, ancorché a pena condizionalmente sospesa, l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego può essere pronunciata a seguito di procedimento disciplinare (ai sensi del richiamato art. 5).

Quanto alla natura dei provvedimenti adottati, occorre rilevare che il trasferimento di ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, a protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione (si vede l'esplicito riferimento al “discredito” citato nel co. 1 dell'art. 3), mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria (l'estinzione viene aggiunta alle pene accessorie di cui all'art. 19 del CP, proprio dall'art. 5, co. 1, della legge n. 97). Ciò che rileva per l'applicazione della norma è il rinvio a giudizio per uno dei reati specificamente indicati.

- La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici.

La legge 190/2012, art. 1, comma 46, ha introdotto una nuova disposizione all'interno del d.lgs. 165/2001, rubricata «Prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici» (art. 35-bis D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165). In applicazione di questa norma, la condanna, anche non definitiva, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale comporta una serie di inconfiribilità di incarichi (partecipazione a commissioni di reclutamento del personale, incarichi di carattere operativo con gestione di risorse finanziarie, commissioni di gara nei contratti pubblici).

In altre parole, sono stabilite preclusioni a operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione. La conseguenza dell'inconfiribilità ha natura di misura preventiva, a tutela dell'immagine.

La durata illimitata di tale inconfiribilità ha dato luogo a perplessità già evidenziate dall'Autorità nella delibera n. 1292 del 23 novembre 2016, rispetto alle quali l'Autorità si è riservata di inoltrare una segnalazione al Governo e al Parlamento. 50 dell'amministrazione, e non sanzionatoria. Ciò che rileva per l'applicazione della norma è la condanna non definitiva per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale.

Si evidenzia che l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 presenta alcune analogie con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013, ai sensi del quale non possono essere conferiti gli incarichi ivi specificati in caso di sentenze di condanna, anche non passate in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ambito soggettivo dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 si rivolge alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. L'art. 35-bis prevede ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Effetti dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

In merito all'ambito oggettivo, 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.

Durata nel tempo degli effetti dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

La durata illimitata della inconferibilità, di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, ha dato luogo a perplessità, in merito alle quali l'Autorità si è riservata di inoltrare una segnalazione a Governo e Parlamento. Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

Ambito soggettivo dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

L'art. 3 del d.lgs. 39/2013, Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione, dispone il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La disposizione ha come destinatari, a differenza dell'art. 35-bis sopra illustrato, non solo le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, ma anche gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Effetti dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del decreto.

Durata nel tempo degli effetti dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

Misure anticorruzione in applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

Obiettivi 2021 e risultati

Quale misura anti-corruttiva, l'Istituto prevedeva per il 2021 verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si 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;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Con riferimento alle ipotesi di cui all'art. 3 del d.lgs. 39/2013, l'interessato è tenuto a rendere una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità, previsto all'art. 20 del d.lgs. 39/2013. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000.

Tenendo in considerazione le raccomandazioni dell'Autorità di:

- impartire direttive interne per effettuare i controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- impartire direttive interne affinché negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso;

Stato attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2021: vedi deliberazione CS n.85 del 10/5/2021 "Sospensione dal servizio per misure coercitive personali ai sensi dell'art.38, comma 1 del CCNL 2016-2018 in vigore dal 17/12/2020 relativo al personale dell'area delle funzioni locali Dirigenza PTA Parte Comune"

Obiettivo 2022:

Monitoraggio.

- Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico

L'art. 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 recante «Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190», prevede conseguenze per condanne, anche non definitive, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale (i reati contro la p.a.), comportando una serie di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico. Le inconferibilità hanno durata determinata (a differenza delle inconferibilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001) e graduata: più lunga se la condanna è intervenuta per i reati previsti dall'art. 3, co. 1, della legge n. 97/2001), meno lunga se è intervenuta per tutti gli altri reati contro la p.a.

Quanto all'ambito soggettivo, le conseguenze riguardano i titolari di determinati incarichi amministrativi e non si estendono a tutti i pubblici dipendenti. L'intervento di una condanna, anche se non definitiva, e la limitazione a figure dirigenziali sembrano giustificare l'ampiezza dei reati presupposto. Le inconferibilità e incompatibilità rientrano tra le misure di natura preventiva (a tutela dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione) e non sanzionatoria.

- Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio
Il nuovo periodo aggiunto all'art. 129, comma 3, del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271 recante «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale» dall'art. 7 della legge 7 maggio 2015, n. 69 recante «Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio», si inserisce nella disciplina riguardante l'informazione sull'azione penale e stabilisce che il presidente di ANAC sia destinatario delle informative del pubblico ministero quando quest'ultimo esercita l'azione penale per i delitti di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale. L'Autorità informata, dunque, dell'esistenza di fatti corruttivi, può esercitare i poteri previsti ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, chiedendo all'amministrazione pubblica coinvolta nel processo penale l'attuazione della misura della rotazione.

- 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 corruttiva». La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole «condotte di natura corruttiva», le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata. In considerazione delle criticità interpretative cui dà luogo la disciplina, ANAC ha adottato un'apposita delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (cfr. infra § 5.6 «Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva»).

- Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva

Da ultimo, si richiama l'attenzione sull'esistenza di ulteriori strumenti di natura anticipatoria e preventiva che, a differenza delle misure e degli istituti appena descritti, prescindono dal coinvolgimento del dipendente nei procedimenti penali. Ci si riferisce, nello specifico:

- all'incompatibilità e il divieto di cumulo di impieghi e incarichi di cui al nuovo art. 53 d.lgs. 165/2001;
- all'astensione di cui all'art. 6-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 nei casi di conflitto di interessi;
- e al divieto di pantouflage di cui all'art. 53, co. 16-ter di cui si darà atto nel dettaglio in seguito.

Misure di deterrenza a prevenzione del rischio corruzione

a. Trasparenza: rinvio all'apposita sezione del Piano

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla L. 190/2012 che, lungi dal costituire una «semplice» misura di prevenzione della corruzione, rappresenta essa stessa l'oggetto di una complessa disciplina normativa, che richiede una programmazione sistematica, definita dall'apposita sezione del PTPCT dell'Istituto, a cui si rimanda per illustrarne la portata.

b. Codice di comportamento

La legge 6 novembre 2012, n. 190 ha dettato «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione» al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo.

In tal senso, l'art. 1, comma 44, ha integralmente riscritto l'art. 54 del D.lgs. n. 165/2001, prevedendo la definizione, da parte del Governo, di un Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni allo scopo di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il Governo, in attuazione della delega contenuta nella Legge Anticorruzione, ha provveduto all'emanazione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", pubblicato in data 4 giugno 2013 in G.U. ed entrato in vigore il 19 giugno 2013. Viene così superato il DM 28.11.2000 precedentemente in vigore e recepito dai rispettivi CC.CC.NN.LL. per il personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN.

Il Codice di comportamento dei dipendenti dell'IRCCS S. de Bellis è stato adottato, ai sensi dell'art. 54, comma 5, del d.lgs.165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44 della legge 6 novembre 2012, n.190 con deliberazione del Consiglio dell'Autorità del 21 ottobre 2015.

Il Codice di comportamento adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 331 del 14/06/2016 successivamente aggiornato con DDG n.289 del 17/06/2020, integra e specifica il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici adottato con decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62, che ne costituisce la base minima.

Dopo la deliberazione del Codice comportamentale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione ne ha dato la più ampia diffusione, ai sensi dell'art. 17, co.2 del DPR 62/2013, tramite pubblicazione sull'Amministrazione trasparente del sito web istituzionale.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui all'art.1 cc.49 e 50, della L. 190/12 ed ai capi V e VI del D.lgs. n.39 del 8.4.13, visto l'art. 29 ter del D.L. n.69 del 21.6.13 coordinato con la legge di conversione n.98 del 9.8.13, all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenterà una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconfiribilità ed incompatibilità ivi previste. Nel corso dell'incarico analoghe dichiarazioni saranno presentate annualmente dall'interessato medesimo. Per la verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come disciplinate dall'art. 53 del D.Lgs n.165/01 e modificate dall'art.1 c.42 della Legge n.190/12, l'IRCCS procede attraverso formali atti di informazione presso i soggetti terzi. L' UOC Gestione Risorse Umane invierà al RPCT, semestralmente o annualmente, i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte. Questo IRCCS ha inoltre provveduto alla modifica del Regolamento per l'applicazione delle sanzioni disciplinari e codice disciplinare con deliberazione del Direttore Generale n.1097 del 12/09/2018.

c. Formazione del personale

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione.

Una formazione adeguata consente, infatti, di raggiungere i seguenti obiettivi:

- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale e della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione e per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- occasione di confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate.

Ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare e omogeneizzare all'interno dell'Istituto le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- attivazione di misure per evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Accogliendo le indicazioni fornite dal PNA 2019, la formazione dell'Istituto sulle tematiche corruttive sarà articolata su due livelli, per il 2021:

1. uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità e, più nello specifico, finalizzato a fornire una formazione iniziale sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 62/2013) e in quello dell'Istituto;
2. uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione



e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Istituto, attraverso percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli svolti.

d. Rotazione ordinaria del personale

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l'ANAC ha definito che "uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti", e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l'applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L'Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico. Ciò premesso si rileva che l'IRCCS ha una struttura organizzativa costruita nell'ottica del più efficiente utilizzo delle risorse anche pubbliche di cui beneficia e perciò, pur garantendo la professionalità necessaria al perseguimento del proprio oggetto sociale, tramite la doverosa individuazione dei soggetti competenti in base alle diverse aree di attività in cui l'IRCCS è concretamente impegnato, è molto snella e con un numero esiguo di dipendenti. L'IRCCS con deliberazione del Direttore Generale n. 212 del 15 marzo 2017 ha adottato il Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione. È stato fissato in cinque anni il periodo di permanenza del personale non dirigenziale nel settore di assegnazione compatibilmente con le risorse disponibili e l'esperienza richiesta. Durante l'anno 2019 si è provveduto ad applicare la misura della rotazione del personale, compatibilmente con le esigenze organizzative aziendali.

e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva

L'art. 16, co. 1, lett. i-quater) del D.lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, 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 corruttiva», senza ulteriori specificazioni. Dalla lettura della Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019, si desume l'obbligo per l'amministrazione 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 eventuale e 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.

Ambito soggettivo di applicazione. Con riferimento alle amministrazioni a cui essa si applica la rotazione straordinaria, il provvedimento di cui all'art 16, co. 1, lett. i-quater) del d.lgs. 165/2001 è attribuito alla competenza dei dirigenti generali nelle amministrazioni dello Stato, ma, trattandosi di norma di principio, è sicuramente applicabile a tutte le amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, dello stesso d.lgs. n. 165 (in virtù dell'art. 27 del medesimo decreto). Con riferimento ai soggetti che possono essere sottoposti a rotazione straordinaria, il provvedimento riguarda, in prima battuta, i dipendenti che operano negli uffici di cui i dirigenti generali siano titolari, ma la sua applicazione, in quanto principio generale, deve riguardare tutte le figure dirigenziali. Dunque, non solo i dirigenti non generali, ma anche gli stessi dirigenti generali, che la legge n. 190/2012 considera rientranti nella vasta categoria di incarichi amministrativi di cui 64 si deve garantire, anche in termini di immagine, l'imparzialità. In generale, l'Autorità Anticorruzione è dell'avviso che l'istituto trovi applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato. Quanto agli incarichi amministrativi di vertice, così come definiti dall'art. 1, co. 2, lettera i) del d.lgs. n. 39 del 2013 (per «incarichi amministrativi di vertice», gli incarichi di livello apicale, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico, che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione»), poiché conferiti sulla base di un rapporto fiduciario, di norma, possono essere revocati nell'ipotesi di interruzione di quest'ultimo. In tal caso l'amministrazione, in luogo della rotazione straordinaria, valuterà il persistere o meno del rapporto fiduciario alla luce dei fatti accaduti. **Tempistica e immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria.** Diverse incertezze si rinvergono rispetto al momento del procedimento penale rilevante per l'amministrazione ai fini dell'applicazione dell'istituto. L'art.16, co. 1, lettera i-quater, del d.lgs.165 del 2001, sul punto, richiama la fase di "avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 3 della legge n. 97 del 2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio"). L'Autorità ritiene, rivedendo le indicazioni precedentemente fornite, da ultimo nell'Aggiornamento 2018 al PNA, che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, co. 1, lett. i-quater del d.lgs. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.". Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. La ricorrenza di detti presupposti, nonché

l'avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo impongono in via obbligatoria l'adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l'amministrazione dispone sull'applicazione dell'istituto, con riferimento a "condotte di natura corruttiva". Si ribadisce che l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene valutata la condotta del dipendente ed eventualmente disposto lo spostamento.

Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma l'ordinamento raggiunge lo scopo di indurre l'amministrazione ad una valutazione trasparente, collegata all'esigenza di tutelare la propria immagine di imparzialità. Il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. Si tratta di valutare se rimuovere dall'ufficio un dipendente che, con la sua presenza, pregiudica l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e di darne adeguata motivazione con un provvedimento. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale.

Ovviamente l'avvio del procedimento di rotazione richiederà da parte dell'amministrazione l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente. Questa conoscenza, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti ex lege legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

Non appena venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, l'amministrazione, nei casi di obbligatorietà, adotta il provvedimento. La motivazione del provvedimento riguarda in primo luogo la valutazione dell'*an* della decisione e in secondo luogo la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato. Nei casi di rotazione facoltativa il provvedimento eventualmente adottato precisa le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente.

A tal fine, l'Autorità ritiene opportuno che le amministrazioni introducano, nel proprio codice di comportamento, il dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Il legislatore chiede che l'amministrazione ripeta la sua valutazione sulla permanenza in ufficio di un dipendente coinvolto in un procedimento penale, a seconda della gravità delle imputazioni e dello stato degli accertamenti compiuti dell'autorità giudiziaria.

Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

Contenuto della rotazione straordinaria. La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. In analogia con la legge n. 97 del 2001, art. 3, si deve ritenere che il trasferimento possa avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.

Durata della rotazione straordinaria. Con riferimento all'istituto della rotazione straordinaria si ritiene che dovendo il provvedimento coprire la fase che va dall'avvio del procedimento all'eventuale decreto di rinvio a giudizio, il termine entro il quale esso perde efficacia dovrebbe essere più breve dei cinque anni previsti dalla legge n. 97.

Misure alternative in caso di impossibilità. La legge n. 97/2001 prevede l'ipotesi di impossibilità di attuare il trasferimento di ufficio "in ragione della qualifica rivestita ovvero per obiettivi motivi organizzativi", mentre il d.lgs. 165 del 2001 nulla dice in proposito.

Si deve ritenere che l'ipotesi di impossibilità del trasferimento d'ufficio debba essere considerata, purché si tratti di ragioni obiettive, quali l'impossibilità di trovare un ufficio o una mansione di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire. Non possono valere considerazioni sulla soggettiva insostituibilità della persona.

Pertanto, in analogia con quanto previsto dalla legge n. 97/2001, in caso di obiettiva impossibilità, il dipendente è posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento.

Un caso di impossibilità potrà riscontrarsi in caso di rotazione applicata a un incarico amministrativo di vertice, considerato il carattere apicale dell'incarico, non modificabile in un diverso incarico all'interno dell'amministrazione. In questo caso l'impossibilità dovrebbe comportare, per coloro che sono anche dipendenti dell'amministrazione, il collocamento in



aspettativa o la messa in disponibilità con conservazione del trattamento economico spettante in quanto dipendenti, mentre per coloro che non siano anche dipendenti, la revoca dell'incarico senza conservazione del contratto.

Conseguenze sull'incarico dirigenziale. La rotazione, comportando il trasferimento a diverso ufficio, consiste nell'anticipata revoca dell'incarico dirigenziale, con assegnazione ad altro incarico ovvero, in caso di impossibilità, con assegnazione a funzioni "ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specificamente previsti dall'ordinamento" (art. 19, co. 10, del d.lgs. n. 165 del 2001). Dato il carattere cautelare del provvedimento, destinato a una durata auspicabilmente breve (fino all'eventuale rinvio a giudizio o al proscioglimento), le amministrazioni potrebbero prevedere, nei loro regolamenti di organizzazione degli uffici, che l'incarico dirigenziale sia soltanto sospeso e attribuito non in via definitiva, ma interinale, ad altro dirigente. Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione, non potendo comportare l'assegnazione ad altro incarico equivalente, comporta la revoca dell'incarico medesimo, senza che si possa, considerata la natura e la rilevanza dell'incarico, procedere ad una sua mera sospensione. **Conseguenze sul rapporto di lavoro a tempo determinato sottostante l'incarico dirigenziale a soggetti esterni all'amministrazione.** Quanto al destino del contratto di lavoro a tempo determinato che accompagna il conferimento di incarichi dirigenziali (o amministrativi di vertice) a soggetti esterni all'amministrazione, come per i dipendenti viene mantenuto il trattamento economico in godimento, così, per i dirigenti esterni deve essere considerato valido il contratto di lavoro sottostante l'incarico.

Si tenga presente che l'esigenza della rotazione straordinaria prevale sulla specificità dell'incarico esterno: il soggetto, anche se reclutato per lo svolgimento di uno specifico incarico dirigenziale, può essere affidato a diverso ufficio o a diversa funzione (per esempio di staff) con la conservazione del contratto di lavoro e della retribuzione in esso stabilita.

Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione determina la revoca dell'incarico. Tale revoca, a sua volta, comporta due ordini di conseguenze:

- per i dirigenti apicali che siano dipendenti dell'amministrazione, la possibilità di assegnazione di un incarico o di un ufficio adeguato al mantenimento del trattamento economico spettante in quanto dipendente dell'amministrazione, ovvero, in caso di impossibilità di una tale soluzione, il collocamento in aspettativa o la messa in disponibilità;
- per i dirigenti apicali che non siano dipendenti dell'amministrazione, la revoca dell'incarico e la risoluzione del sottostante contratto di lavoro a tempo determinato.

Effetti dei procedimenti penali sull'incarico di RPCT. L'Autorità raccomanda alle amministrazioni di vigilare sulla necessità di "condotte integerrime" del RPCT, invitandole a revocare l'incarico in tutti i casi in cui tali condotte venissero meno. L'Autorità ritiene che nei casi "di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva" previsti dall'art. 16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs. 165/2001 - fase che risponde al momento dell'iscrizione nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., prescindendo dal requisito del rinvio a giudizio o da quello di una sentenza definitiva, l'amministrazione debba valutare con provvedimento motivato se assegnare il dipendente sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio e, conseguentemente, revocare eventualmente l'incarico di RPCT.

Se invece sussistono i presupposti per trasferimento ad altro ufficio a seguito di rinvio a giudizio come previsto dall'art. 3, co. 1, della legge n. 97 del 20016, l'amministrazione è tenuta a revocare immediatamente l'incarico di RPCT. Ciò in quanto la condotta di natura corruttiva è tale da travolgere in toto il requisito della "condotta integerrima" necessario al mantenimento dell'incarico del RPCT. In tutti gli altri casi di condanna per reati contro la p.a. vale quanto specificato nell'Aggiornamento 2018 al PNA. In ogni caso i provvedimenti di revoca devono essere tempestivamente comunicati all'Autorità secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Rotazione straordinaria come conseguenza dell'avvio di un procedimento disciplinare. L'ipotesi di applicazione della rotazione straordinaria anche nel caso di procedimenti disciplinari è espressamente prevista dalla lettera l-quater dell'art. 16, co. 1, sempre che si tratti di "condotte di natura corruttiva". Anche in questo caso la norma non specifica quali comportamenti, perseguiti non in sede penale, ma disciplinare, comportino l'applicazione della misura. In presenza di questa lacuna e considerata la delicatezza della materia, che ha consigliato una forte restrizione dei reati penali presupposto, si deve ritenere che il procedimento disciplinare rilevante sia quello avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate nei reati come sopra indicati. Nelle more dell'accertamento in sede disciplinare, tali fatti rilevano per la loro attitudine a compromettere l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e giustificano il trasferimento, naturalmente 69 anch'esso temporaneo, ad altro ufficio. La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé).

f. Il Whistleblowing

L'art. 1, comma 51 della legge n. 190/2012, integrando il d.lgs. n. 165/2001 con il nuovo art. 54 bis, introduce la tutela del dipendente pubblico che denuncia (cfr. art. 361 c.p. "Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale") o riferisce comportamenti illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La norma impone che il dipendente che segnali un illecito non possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie sul luogo di lavoro per motivi in qualche modo collegati alla denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico; nell'ambito del procedimento disciplinare, la sua identità non può essere rivelata, senza il previo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, ad eccezione dei casi in cui non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: ciò significa che la rivelazione delle generalità del segnalante potrà avvenire soltanto ove ciò rappresenti l'unico elemento per difendersi dalle accuse mosse sul piano disciplinare.

La tutela del dipendente che segnala illeciti incontra ovviamente il limite rappresentato dai casi in cui la denuncia o la segnalazione integri i reati di calunnia o di diffamazione (con i connessi profili risarcitori).

L'adozione di misure discriminatorie (e cioè, come precisato nel PNA, le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili) è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione.

La denuncia è sottratta al diritto di accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e dall'art. 10 D.lgs. 267/2000. Le segnalazioni di illecito sono altresì sottratte dall'accesso civico di cui all'art. 5 del Dlgs 33/13 così come modificato dal Dlgs 97/16.

Il whistleblower è, dunque, colui che segnala l'illecito di cui sia venuto a conoscenza nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative ed il whistleblowing rappresenta l'attività di regolamentazione delle procedure finalizzate ad incentivare e tutelare tali segnalazioni.

Si considerano rilevanti le segnalazioni riguardanti comportamenti oggettivamente illeciti o sintomatici di malfunzionamento e non eventuali e soggettive lamentele personali che non saranno processate dall'IRCCS.

La misura al momento individuata dall'IRCCS consiste nell'implementazione di un sistema informativo centralizzato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti che garantisce l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Le segnalazioni possono essere inviate all'indirizzo web: irccsdebellis.whistleblowing.it.

g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione

In tema di inconferibilità e incompatibilità, l'ANAC si è più volte pronunciata e ha adottato le linee guida relative al ruolo e funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità, Delibera ANAC 833 del 21/08/2016.

L'art. 20 del D.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4). Considerato che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico, l'Autorità ha spesso riscontrato che la dichiarazione risulta acquisita in un momento successivo alla data di conferimento dell'incarico. Tale prassi non è conforme alla normativa.

Le dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità sono acquisite, su impulso del RPCT, con cadenza annuale e pubblicate nell'apposita sottosezione di Amministrazione Trasparente. L'accertamento delle situazioni di incompatibilità e conflitto di interesse è stato, invece, affidato a ai referenti per la prevenzione della corruzione, secondo quanto previsto per lo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali, ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001 e Legge 190/2012. Si prevede nel corso del 2021 la stesura e approvazione di specifico regolamento.

La regolamentazione di tutte le ipotesi di conflitto di interessi in cui possano venire a trovarsi i dipendenti dell'IRCCS è affidata al Codice di comportamento. I dipendenti non possono partecipare ad associazioni o organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall'Istituto; sussiste ad ogni modo l'obbligo di tempestiva comunicazione nel caso in cui gli stessi partecipino a associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento di attività d'ufficio. Inoltre, l'IRCCS ha provveduto a far sottoscrivere, da tutti i professionisti di area sanitaria ed amministrativa dell'Istituto, le dichiarazioni pubbliche di interessi su indicazione dell'Agenas.

Nello specifico è stata utilizzata la seguente modulistica per successivi controlli e monitoraggi:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".

h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti

L'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

Si raccomanda pertanto alle amministrazioni di prevedere nei PTPCT adeguate misure relative all'accertamento dell'assenza di conflitti di interessi con riguardo ai consulenti quali ad esempio:

- predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- aggiornamento, con cadenza periodica da definire (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni (es. organo conferente l'incarico o altro Ufficio);
- consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica;
- acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;
- audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

Sul punto, si segnala che l'Istituto provvede al presidio della presente sub-area di conflitto di interessi attraverso misure già in essere, in parte riconducibili agli obblighi di trasparenza e, in parte, ricollegabili ai moduli predisposti e adottati aventi ad oggetto "conflitto di interessi e obbligo di astensione-modelli per le dichiarazioni".

i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici

L'art. 42 del codice dei contratti pubblici richiede alle stazioni appaltanti la previsione di misure adeguate per contrastare frodi e corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La funzione della norma è quella di evitare che l'amministrazione aggiudicatrice si lasci guidare, nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi. Al secondo comma, la disposizione offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedure di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. In questo caso, il rimedio all'ipotesi di conflitto di interessi consiste nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale. La disposizione in esame va coordinata con l'art. 80, co. 5, lett. d) del codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile. In ogni caso, l'Autorità ha dedicato un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019, recante le «Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici». Come specificato nel PNA 2019, le Linee guida hanno natura non vincolante per i destinatari e sono state predisposte con l'obiettivo di agevolare le stazioni appaltanti nell'attività di individuazione, prevenzione e risoluzione dei conflitti di interessi nelle procedure di gara favorendo la standardizzazione dei comportamenti e la diffusione delle buone pratiche.

j. Gli incarichi extraistituzionali

La disciplina relativa all'autorizzazione a poter svolgere, da parte dei dipendenti pubblici, attività extraistituzionali trova la sua ratio nella necessità di evitare situazioni di conflitto d'interesse. Infatti, ai sensi dell'art.53, comma 5 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012, si stabilisce che "...il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente". La disciplina prevista dal Codice di comportamento dell'IRCCS è limitativa in linea con il dettato normativo. Ciascun dipendente dell'IRCCS, prima dell'espletamento di attività extra-istituzionali, provvede a compilare apposita dichiarazione da sottoporre al diretto Responsabile sovraordinato per la relativa autorizzazione.

k. Acquisti di beni e servizi

Considerato che le Linee guida ANAC n. 4, aggiornate al Decreto Correttivo con Deliberazione n. 206 del 1 marzo 2018, stabiliscono al punto 3.6, in materia di rotazione degli inviti e degli affidamenti che: "La stazione appaltante, in apposito regolamento (di contabilità ovvero di specifica disciplina delle procedure di affidamento di appalti di forniture, servizi e lavori), può suddividere gli affidamenti in fasce di valore economico, in modo da applicare la rotazione solo in caso di affidamenti rientranti nella stessa fascia"

l. Patti di integrità

Questa misura consiste nella redazione di un documento (c.d. patto di integrità o protocollo di legalità) che il soggetto appaltante richiede di rispettare in maniera puntuale ai concorrenti alle gare al fine di assicurare un controllo sul reciproco operato e, eventualmente, il ricorso all'adozione di sanzioni nel caso in cui alcuni dei principi o delle richieste in esso stabilite non vengano rispettate. Questi atti contengono infatti un complesso di regole comportamentali volte a prevenire il fenomeno corruttivo e, allo stesso tempo, valorizzare i comportamenti adeguati per tutti i concorrenti. A tal proposito l'IRCCS ha predisposto un patto di integrità che è regolarmente utilizzato dall'Ufficio competente per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture. Il modello di Patto di integrità è obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara d'appalto.

m. Il pantouflage

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto 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.

La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti. Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione). L'ANAC è intervenuta con la Delibera n. 1074/2018 sull'argomento, dedicando appositi paragrafi al fenomeno nell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione chiarendo, in dettaglio, gli aspetti di seguito trattati.

Ambito di applicazione.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. Si evidenzia che una limitazione ai soli dipendenti con contratto a tempo indeterminato sarebbe in contrasto con la ratio della norma, volta a evitare condizionamenti nell'esercizio di funzioni pubbliche, e sono, pertanto da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015). Si evidenzia, inoltre, che il divieto per il dipendente

cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati è da intendersi riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i medesimi soggetti privati, mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare in favore degli stessi.

Tale linea interpretativa emerge chiaramente dalla disciplina sulle incompatibilità e inconfiribilità di incarichi, laddove l'ambito di applicazione del divieto di pantouflage è stato ulteriormente definito. L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel medesimo decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

Si è inteso così estendere la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, rafforzando la finalità dell'istituto in argomento quale presidio del rischio corruttivo. Nel prosieguo, il riferimento ai dipendenti pubblici va, pertanto, inteso nel senso di ricomprendere anche i titolari di incarichi indicati all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.

Esercizio di poteri autoritativi e negoziali

Altro profilo che risulta importante precisare riguarda il contenuto dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali, presupposto per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie. L'Autorità si è pronunciata con delibere, orientamenti e pareri, allo scopo di risolvere le perplessità emerse al riguardo. In primo luogo, si osserva che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, co. 16-ter, cit., sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015). Si ritiene inoltre che il rischio di preconstituire situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC sulla normativa AG 74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento. L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).

Soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione.

Per quanto concerne i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, si ritiene che, al di là della formulazione letterale della norma che sembra riguardare solo società, imprese, studi professionali, la nozione di soggetto privato debba essere la più ampia possibile. Sono pertanto da considerarsi anche i soggetti che, pur formalmente privati, sono partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, in quanto la loro esclusione comporterebbe una ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento. Occorre in ogni caso, come visto sopra, verificare in concreto se le funzioni svolte dal dipendente siano state esercitate effettivamente nei confronti del soggetto privato.

Spetta invece al RPCT la competenza in merito al procedimento di contestazione all'interessato dell'inconfiribilità e incompatibilità dell'incarico, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 con la conseguente adozione delle sanzioni previste all'art. 18, co. 1, del d.lgs. 39/2013. I

Sanzioni.

Le conseguenze della violazione del divieto di pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma. Al soggetto privato è inoltre preclusa la possibilità di stipulare contratti con la pubblica amministrazione. Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti e accertati per lo svolgimento dell'incarico.

Misure di contrasto del Pantouflage

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante IRCCS. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici ex Dlgs. 50/2016.

o. Sponsorizzazioni

I rapporti tra l'IRCCS e le Aziende, nonché le Sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti a rischio di fenomeni di corruzione e di conflitto d'interesse. L'IRCCS ha già provveduto alla predisposizione di una bozza di regolamento interno che disciplina qualsiasi forma di sponsorizzazione, indicando altresì le condizioni necessarie per assicurare all'IRCCS una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e trasparenza. L'adozione di tale regolamento tramite deliberazione del Direttore Generale è prevista nei primi mesi del 2021.

p. Sperimentazioni cliniche

Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche è istituito ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione ed il funzionamento dei Comitati etici", che prevede uno specifico articolo (art. 3) dedicato all'indipendenza ed al conflitto d'interessi. L'indipendenza dei comitati etici è garantita dalla presenza di componenti esterni alle strutture sanitarie, in misura non inferiore ad un terzo del totale, nonché dalla estraneità e mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta. Nel caso di specie, il Comitato Etico è stato istituito presso l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari con atto deliberativo del Direttore Generale n. 259 del 20 Giugno 2013, ai sensi del Decreto-legge n°158 del 13 Settembre 2012 convertito con modificazioni dal decreto Balduzzi D.L. n.189 del 8 Novembre 2012 (Supp.Ord. n.201/L G.U. n° 263 del 10 Novembre 2012) e recepita dalla Regione Puglia con atto deliberativo n.1227 del 4 Luglio 2013.

L'IRCCS rientra nell'Area di aggregazione 5 presso l'IRCCS Istituto Tumori G. Paolo II di Bari quale competenza territoriale interprovinciale per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Puglia:

- IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II – BARI
- IRCCS FONDAZIONE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA- SAN GIOVANNI ROTONDO
- IRCCS FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI CASSANO DELLE MURGE (BA)
- IRCCS FONDAZIONE MEDEA (BR)

Il Regolamento del Comitato Etico è stato aggiornato con deliberazione del Direttore Generale dell'IRCCS di Bari al n. 1 del 02/01/2017. I componenti del CE compilano le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi e sono tenuti ad astenersi dalla valutazione di quegli studi per i quali possa sussistere un conflitto di interessi, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio. L'IRCCS ha provveduto all'adozione di specifico Regolamento in materia di Sperimentazioni Cliniche con deliberazione del Direttore Generale n. 266 del 15 aprile 2019.

q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'IRCCS ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 518/2018 del 27/04/2018, l'aggiornamento del Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività intramoenia del personale aziendale. L'IRCCS prevede altresì di pubblicare periodicamente, quale misura di trasparenza ulteriore, i verbali delle commissioni paritetiche ALPI quest'ultime finalizzate al controllo e verifica del regolare svolgimento delle attività ALPI da parte del personale autorizzato.

r. Gestione alienazione immobili

In riferimento all'eventuale cessione di immobili a terzi da parte dell'IRCCS, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) o comunque acquisiti, è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare ed alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Pertanto l'IRCCS, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dall'art. 30 del D.lgs. 33/2013, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti (proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, rende disponibili, ove applicabili, anche le seguenti tipologie di informazioni: a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse); b) patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro,

nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore; c) esito delle procedure di dismissione/locazione; d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato

Obiettivi per l'anno 2021

Monitoraggio

s. Gestione donazioni e comodati d'uso

L'IRCCS presta particolare attenzione alle modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato. A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, l'IRCCS prevede di definire, entro il 2019, specifiche misure organizzative per la gestione dei comodati d'uso, integrandole in un unico Regolamento sulle donazioni e liberalità.

t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica. Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, l'IRCCS ha già provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando il referente interno della UOS Servizi Tecnici, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 629 del 29 ottobre 2019.

u. Gestore segnalazioni UIF

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione.

2.3.1.3. c2 Misure specifiche o ulteriori

Nell'ottica della gradualità di implementazione del sistema di contrasto alla corruzione, giustificata peraltro dalla applicazione della nuova metodologia di analisi e valutazione del rischio oltre che di una più capillare incisività della mappatura dei processi, le misure preventive specifiche che verranno messe in campo nelle varie macroaree hanno rappresentato una selezione di quelle già individuate nella fase di analisi e trattamento del rischio riportate nell'Allegato 2 al PTPCT 2020/2022, sebbene le stesse abbiano riguardato la totalità delle aree a rischio corruzione.

Atteso che, ai fini della verifica dell'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste, il RPCT provvederà per il 2022 a richiedere, come fatto per il 2021, ai responsabili delle strutture organizzative, informazioni in merito all'attuazione delle misure e delle attività di prevenzione poste in essere; alle strutture di riferimento verrà infatti chiesto di fornire un report/relazione sintetica sulle azioni intraprese concernenti l'adozione della misura indicata al fine di definire il contenuto della reportistica di controllo da parte del RPCT, estrapolando dal Piano Allegato PTPCT 2022-2024 le misure attuate di competenza e le proposte migliorative.

In altre parole, ai responsabili delle strutture, per competenza, viene chiesto di rendicontare o sullo stato di attuazione della misura programmata (attività di implementazione 100 della misura) o sulle attività di controllo/verifica previste, dirette ad accertare la reale adozione della misura pianificata ovvero su entrambe.

Obiettivi per l'anno 2022

La definizione delle misure specifiche per l'anno 2022 muove dai risultati raggiunti nell'anno e si propone di continuare alla luce della nuova metodologia operativa, frutto dell'adozione delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'Allegato 1 al PNA 2019, secondo il nuovo approccio valutativo di tipo qualitativo.

Di seguito l'elenco delle misure individuate ed implementate nel PTPCT:

- Monitoraggio tempi (costi) di assegnazione per evitare proroghe vietate;
- Obblighi di riservatezza;
- Regole di condotta;
- Verifica periodica della sussistenza dei requisiti per svolgimento ALPI
- Negoziazione volumi attività in ALPI

- Informatizzazione liste di attesa
- Gestione agende liste attesa tramite CUP
- Standardizzazione procedure;
- Trasparenza interna;
- Verifica procedure a cura del Dirigente;
- Verifica stato avanzamento da parte del direttore dell'esecuzione del contratto;
- Rotazione incarichi;
- Divieto di abuso della procedura di affido diretto;
- Astensione dal procedimento in caso di conflitto di interesse;
- Tracciabilità dei flussi informativi relativi alle autorizzazioni per sperimentazione cliniche;
- Non accettare pagamenti dai pazienti coinvolti in sperimentazioni cliniche;
- Monitoraggio del rispetto dei tempi di attuazione accessibilità alle informazioni;

2.3.1.4. Monitoraggio del PTPCT 2022-2024

L'Allegato PTPCT 2022-2024 al presente Piano, di contro, propone gli aggiornamenti precedentemente disquisiti definendo i contenuti programmatici affidati al presente Piano nell'ottica di seguire le raccomandazioni del PNA 2019 e del suo allegato 1, da ciò scaturendo i contenuti del documento di aggiornamento di Mappatura dei processi e di Valutazione del rischio 2021-2023, in riferimento al quale si riportano le colonne conseguenti così denominate (vedi colonne della matrice riportate sopra):

INDICATORI DI ATTUAZIONE
VALORE TARGET
SOGGETTO RESPONSABILE

I nuovi indici per la valutazione delle misure di prevenzioni (generali e specifiche) ed il loro monitoraggio, il quale avverrà con la compilazione di specifici report da parte dei referenti.

2.3.1.5. Riesame periodico della funzionalità del sistema

Nella sezione Monitoraggio del presente documento sono riportate le attività attuate e da attuare nel corso del 2022 quale strumento di riesame periodico rispetto ai riscontri di funzionalità delle misure generali e specifiche.

2.3.1.6. Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Tra le modifiche più importanti apportate dal D.lgs. 97/2016 al D.lgs. 33/2013 (Decreto Trasparenza) rileva la piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione. Ogni amministrazione, infatti, è tenuta ad adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza. Gli obiettivi in materia di trasparenza, così come previsto dal comma 8 dell'art.1 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 comma 1 lett. g) del D.lgs. 97/2016, costituiscono obiettivi strategici (la cui definizione spetta all'organo politico) e, dunque, elemento necessario e ineludibile della sezione del PTPCT dedicata alla trasparenza. Inoltre, il legislatore ha rafforzato poi la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della performance. Ciò al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Nel novellato art. 10 del D.lgs. 33/2013, che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati. Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione, che nell'Istituto coincidono nello stesso soggetto. In altre parole, in questa sezione del PTPCT non può mancare uno schema in cui, per ciascun obbligo, siano espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. Nella sezione del PTPCT dedicata alla programmazione della trasparenza è, inoltre, opportuno che ogni amministrazione definisca, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato nonché le modalità stabilite per la vigilanza e il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi. Premesso che per la tempistica degli adempimenti l'Istituto si rifà a quanto indicato nella tabella allegata alle linee guida ANAC sul D.lgs. 97/2016, la vigilanza e il monitoraggio competono al RPCT che, in considerazione anche degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, necessariamente dovrà essere supportato da un "presidio organizzativo costante della trasparenza", così come auspicato anche dall'ANAC nel PNA 2016.

Il presidio organizzativo costante della trasparenza:

Organismo indipendente di valutazione della performance

L'OIV verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione trasparenza e quelli indicati nel Piano annuale degli obiettivi, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori. L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento da parte dell'Istituto degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, secondo le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC. I relativi esiti sono pubblicati sul sito web aziendale in "Amministrazione Trasparente". L'OIV, al pari degli altri soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile della trasparenza e dei responsabili delle singole aree tenuti alla trasmissione dei dati (art. 44).

L'Ufficio relazioni con il pubblico,

L'Ufficio per le relazioni con il pubblico aziendale rappresenta la prima interfaccia con il cittadino/utente ed è proprio questa situazione di fatto che lo rende uno degli snodi principali del "sistema trasparenza".

A tal fine, in via esemplificativa e non esaustiva, l'URP:

- valuta e propone al RPCT soluzioni organizzative per l'attivazione di nuove metodologie di segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi, episodi corruttivi;
- fornisce informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Istituto;
- raccoglie le segnalazioni dei cittadini (encomi, reclami o spunti di miglioramento);
- effettua il monitoraggio attivo della qualità percepita curando la somministrazione di questionari di gradimento per l'area ambulatoriale e di degenza;
- svolge attività di ascolto e mediazione dei conflitti tra cittadino e professionista;
- organizza la "giornata della trasparenza" in sinergia con la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV;
- si rapporta con le varie Associazioni di Volontariato ammesse all'interno dell'Istituto.

L'ANAC

In qualità di Autorità nazionale anticorruzione, l'ANAC controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi e ordinando l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza. Inoltre, controlla l'operato del responsabile per la trasparenza. La ANAC può avvalersi delle banche dati istituite presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della funzione pubblica per il monitoraggio degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione.

Accesso civico

Il decreto legislativo n. 33/2013 ha introdotto e disciplinato l'istituto dell'accesso civico, riconoscendo a chiunque il diritto di richiedere documenti/informazioni/dati per i quali non risulti osservato dalla pubblica amministrazione l'obbligo di pubblicazione previsto dalla normativa.

L'Istituto dell'accesso civico è stato previsto e disciplinato nei PP.TT.PP.CC. aziendali.

Si è, inoltre, proceduto alla pubblicazione nella sezione dedicata (Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Accesso civico) di una nuova tabella di sintesi delle informazioni necessarie sulle modalità di accesso agli atti amministrativi e della modulistica aggiornata per esercitare l'accesso. Premesso che l'Autorità con linee guida adottate con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, ha invitato le amministrazioni destinatarie a disciplinare con un apposito regolamento le modalità di esercizio dell'accesso generalizzato, al fine di assicurare l'efficacia di tale diritto.

In base alle disposizioni in materia, nel 2021 è stata istituita la sottosezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentata nel 2021 con recupero dell'anno 2020.

2.3.1.6. a Oggetto e riferimenti normativi

A seguito dell'applicazione dal 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679,

sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Sul punto, l'ANAC (Delibera n. 1074/2018) ritiene che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Tuttavia, si rammenta che, l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati. In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la protezione dei dati personali, «Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati», in G.U. n. 134 del 12 giugno 2014 e in www.gpdp.it, doc. web n. 3134436, attualmente in corso di aggiornamento).

Si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (vedi infra-paragrafo successivo) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in Relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD). 4.1 Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati-RPD.

Circa i rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, in primis, che il RPCT è scelto fra personale interno alle amministrazioni o enti, diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Fermo restando, quindi, che il RPCT è sempre un soggetto interno, qualora il RPD sia individuato anch'esso fra soggetti interni, l'Autorità (Delibera n. 1074/2018) ritiene che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT.

Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Riprendendo l'esempio di cui alla Delibera ANAC 1074/2018, si consideri il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013.

In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali

Ciò anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

Di seguito si riportano i provvedimenti adottati in materia da parte dell'Istituto:

- Determina del Direttore Generale 525/2020, nomina del RDP-Responsabile Protezione Dati Personali, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679;
- Delibera 19/2019, Nuovo Regolamento Aziendale in Materia di Protezione dei Dati Personali.

2.3.1.6. b Organizzazione per la trasparenza

Nei seguenti paragrafi si elencano i soggetti e le relative responsabilità nell'ambito del programma trasparenza dell'Istituto.

I soggetti e le relative responsabilità

Responsabile per la trasparenza

Il Responsabile della trasparenza, che coincide con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n.15 del 22/01/2021, svolge i compiti previsti dall'art.43 del D.lgs. 33/2013 e precisamente:

- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate" (comma 1);
- segnala al Direttore Generale, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (comma 1);
- provvede all'aggiornamento della sezione trasparenza nell'ambito del PTPCT;
- controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico (comma 4).
- effettuare un'attività di monitoraggio periodico sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza sulla base di appositi report forniti dai Referenti della Trasparenza.

La pubblicazione e l'aggiornamento di tutti i dati richiesti dal D.lgs. 33/2013, è a carico del responsabile dell'ufficio competente in materia di pubblicazione, mentre il Responsabile della trasparenza svolge unicamente attività di coordinamento e vigilanza.

Nelle comunicazioni inerenti ai dati da pubblicare, i direttori/dirigenti devono rispettare i limiti alla trasparenza, come meglio descritti nelle linee guida in materia di trattamento dei dati personali contenute nel provvedimento n° 243 del 15/05/2014 del Garante della Privacy.

Dirigenti responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

I soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture, ognuno per gli adempimenti di propria competenza. I Dirigenti Responsabile di ciascuna Struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati (tassativamente in formato aperto). I Direttori / Dirigenti responsabili delle strutture aziendali assumono, quindi, il ruolo di "Referenti aziendali per la trasparenza". Di seguito le articolazioni aziendali in cui sono individuati in quanto Direttori / Dirigenti responsabili:

- Direzione Scientifica
- Direzione Sanitaria
- U.O.C. Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e CG
- U.O.S. Burocratico-legale e Affari Generali
- U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
- U.O.C. Area Gestione Patrimonio e Gestione Tecnica

Nei loro confronti, il Responsabile della Trasparenza, svolge esclusivamente funzioni di coordinamento delle attività in tema di trasparenza mediante:

- comunicazioni;
- informazioni;
- eventuali disposizioni operative;
- organizzazione e coordinamento di appositi gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Per quanto detto, Referenti aziendali per la trasparenza sono gli unici responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Programma.

2.3.1.6. c Obiettivi in tema di trasparenza

Per l'anno in corso le attività in materia di Trasparenza prevedono:

L'aggiornamento della sezione riguardante l'insediamento del nuovo CIV (Consiglio di Indirizzo e Verifica), giusta DDG n. 5/2021, con contestuale archiviazione del vecchio assetto CIV.

- Ricognizione periodica degli obblighi informativi non pubblicati con sollecito ad adempiere ai referenti responsabili;
- Aggiornamento e diffusione della modulistica da sottoporre al CIV inerente gli obblighi previsti dall'art.14 del D.Lgs. n.33/2013;
- Aggiornamento dell'articolazione degli uffici: questa sezione, su sito web istituzionale è in fase di allestimento, riorganizzazione e nuova rappresentazione grafica relativamente agli uffici dell'ente in conformità alla DDG n. 91/2020 Adozione dell'Assetto Normativo Interno. Aggiornamento contenuti;

- Telefono e Posta Elettronica: da aggiornare elenco telefonico interno.

Per quanto concerne il personale:

- Aggiornamento dei Titolari di incarichi dirigenziali
- Aggiornamento dei titolari delle posizioni organizzative;

La sezione privacy del sito sarà oggetto di revisione e costante aggiornamento

Aggiornamento del Piano

Il presente Piano verrà aggiornato annualmente (entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, salvo proroghe come quanto definito al 30 aprile rispetto all'adozione del PIAO 2022-2024 e sua sezione PTPCT 2022-2024) e adottato con deliberazione del Direttore Generale dell'Istituto. Sarà inoltre integrato dalle indicazioni fornite dall'ANAC, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Entrata in vigore

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione 2022– 2024 entra in vigore il giorno successivo alla deliberazione del provvedimento di adozione con la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita voce della sezione "Amministrazione Trasparente". Per l'anno 2022 in prima applicazione del presente PIAO si considera la data del 1 maggio asieguito della proroga concessa dall'autorità rispetto all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza PTPCT.

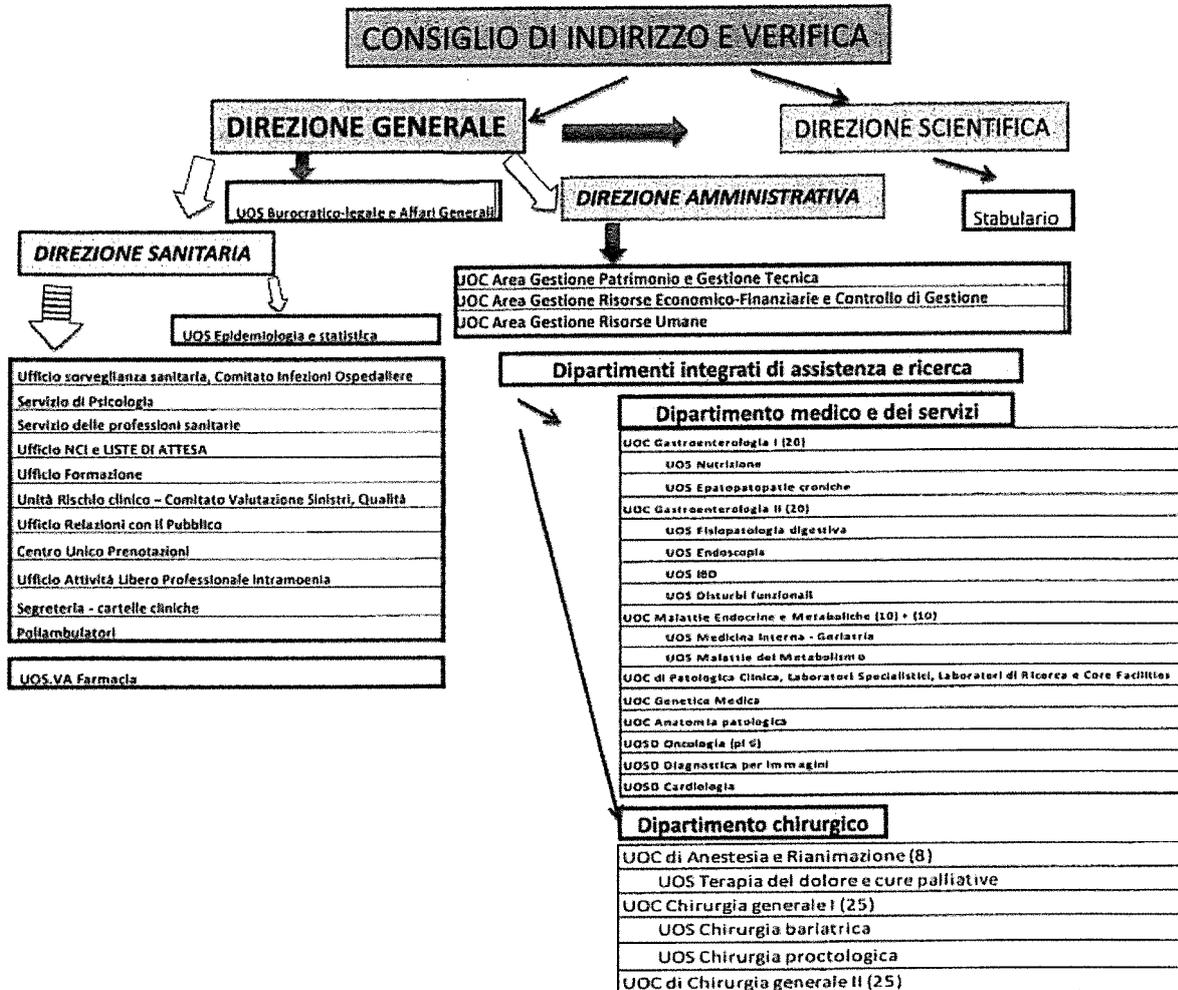
Relazione annuale

Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione annuale che rendiconti l'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano c.d. PTPCT e che dovrà essere pubblicata sul sito web istituzionale, sulla base delle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

Con riferimento alla Deliberazione del DG n.91 del 17/2/2020 è stato approvato il vigente assetto organizzativo dell'Istituto, come di seguito sintetizzato



| UU.OO.CC | |
|----------|--|
| 1 | UOC Area Gestione Patrimonio e Gestione Tecnica |
| 2 | UOC Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie e Controllo di Gestione |
| 3 | UOC Area Gestione Risorse Umane |
| 4 | UOC Gastroenterologia I (20) |
| 5 | UOC Gastroenterologia II (20) |
| 6 | UOC Malattie Endocrine e Metaboliche (10) + (10) |
| 7 | UOC di Patologica Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities |
| 8 | UOC Genetica Medica |
| 9 | UOC Anestesia e Rianimazione (8) |
| 10 | UOC Anatomia patologica |
| 11 | UOC Chirurgia generale I (25) |
| 12 | UOC Chirurgia generale II (25) |

| | |
|---|---|
| UOS.VA + UU.OO.SS.DD + UU.OO.SS. | |
| | |
| 1 | UOS.VA Farmacia ospedaliera |
| 2 | UOSD Oncologia (pl 6) |
| 3 | UOSD Diagnostica per immagini |
| 4 | UOSD Cardiologia |
| 5 | UOS Epidemiologia e statistica |
| 6 | UOS Servizi Tecnici |
| 7 | UOS Pianificazione e Controllo |
| 8 | UOS Burocratico-legale e Affari Generali |
| 9 | UOS Gastro I - Nutrizione |
| 10 | UOS Gastro I - Epatopatie croniche |
| 11 | UOS Gastro II - Fisiopatologia digestiva |
| 12 | UOS Gastro II - Endoscopia |
| 13 | UOS Gastro II - IBD |
| 14 | UOS Gastro II - Disturbi funzionali |
| 15 | UOS Medicina Interna - Geriatria |
| 16 | UOS Malattie del Metabolismo |
| 17 | UOS Chirurgia bariatrica |
| 18 | UOS Chirurgia proctologica |
| 19 | UOS Anestesia - Terapia del dolore e cure palliative |

- ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2022-2024

Vedi documento allegato alla DCS n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022"; paragrafo 8 "Applicazione del Lavoro Agile"

Nel paragrafo indicato, cui si rinvia, sono esplicitati gli orientamenti considerati da parte dell'IRCCS rispetto all'anno 2022 rispetto al Piano del lavoro agile, nei modi e nei termini consentiti dalla legge.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il personale

La seguente tabella fornisce uno spunto di riflessione attraverso la presentazione di dati riguardanti il personale su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto, per dare successivamente gli approfondimenti inerenti alla programmazione assunzionale di personale definita nei PTFP.

| Analisi caratteri quali quantitativi | INDICATORI | VALORI | | |
|--|------------|----------|----------|----------|
| | | 2021 | 2020 | 2019 |
| Età media del personale (anni) | | 50,45 | 48,41 | 51,62 |
| Età media dei dirigenti (anni) | | 50,69 | 53,39 | 54,66 |
| Personale a tempo indeterminato | | 327 | 315 | 316 |
| Personale a tempo indeterminato assunto in servizio nel corso dell'anno 2021 | | 20 | 22 | 26 |
| di cui personale dirigente | | 4 | 4 | 2 |
| % dirigenti in possesso di laurea 100 % | | 100% | 100% | 100% |
| Ore di formazione ECM | | 244 | 789 | 424 |
| Numero partecipanti | | 487 | 91 | 789 |
| Numero totale progetti ed eventi | | 10 | 7 | 51 |
| Unità di personale - Differenza fra 01/01/2021 e 31/12/2021 | | | | |
| Comparto (9 assunzioni - 8 cessazioni) | | 1 | 19 | 1 |
| Dirigenza Medica (10 assunzioni - 6 cessazioni) | | 4 | -3 | 0 |
| Dirigenza Sanitaria (5 assunzioni - 3 cessazioni) | | 2 | 7 | 0 |
| Dirigenza PTA (0 assunzioni - 0 cessazioni) | | 0 | 3 | -2 |
| Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2021) | | € 70.000 | € 85.000 | €100.000 |

| Analisi del benessere organizzativo | INDICATORI | VALORI | | |
|---|------------|---|----------|----------|
| | | 2021 | 2020 | 2019 |
| Tasso di assenze personale comparto | | 21,15 | 26,88 | 25,39 |
| Tasso di assenze personale dirigente | | 20,12 | 24,12 | 23,17 |
| Tasso di infortuni | | 0,015% <i>variato sistema di rilevazione</i> | 2,38 | 2,96 |
| Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto | | 2.431,22 | 2.329,92 | 2.530,72 |
| Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti | | 6.307,30 | 6.522,23 | 6.122,88 |
| % di personale assunto a tempo indeterminato | | 54,05% | 88,66% | 84,56% |

| Analisi di genere | INDICATORI | VALORI | | |
|--|------------|--------|--------|--------|
| | | 2021 | 2020 | 2019 |
| % di dirigenti donne | | 42,68% | 32,05% | 31,58% |
| % dirigenti uomini | | 57,32% | 67,94% | 68,42% |
| % di donne rispetto al totale del personale | | 55,66% | 56,79% | 50,47% |
| % di uomini rispetto al totale del personale | | 44,34% | 43,20% | 49,53% |
| % di personale donna assunto a tempo indeterminato | | 80% | 72,52% | 98,75% |
| Età media del personale femminile non dirigente | | 49,33 | 50,10 | 49,79 |
| Età media del personale femminile dirigente | | 47,21 | 46,03 | 49,97 |

3.3.1 Piano triennale di fabbisogno del personale 2022

Con nota prot. n. 876 del 20/01/2022, il Direttore Generale dell'IRCCS ha comunicato la necessità di apportare alcune rimodulazioni al fabbisogno di personale di cui alla Deliberazione D.G. n. 704 del 29/12/2020, volte al potenziamento dell'offerta assistenziale erogata in termini di efficienza e qualità.

In considerazione della successiva nota regionale prot. AOO_183 n. 1074 del 25/01/2022 è stata altresì richiesta all'IRCCS un'ulteriore verifica in merito alla congruenza del PTFP 2020-2022 come rimodulato, rispetto al citato tetto di spesa di cui alla D.G.R. n. 2293/2018 e con successiva approvazione Preso atto della nota prot. n. 1243 del 27/01/2022, con la quale il Commissario Straordinario dell'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte ha attestato la congruenza del PTFP 2020-2022 come rimodulato, rispetto ai vincoli di spesa di cui alla D.G.R. n. 2293/2018, come di seguito:

| ANNO | COSTO PTFP 2020- 2022 IRCCS De Bellis di Castellana Grotte |
|------|---|
| 2020 | € 22.124.713,74 |
| 2021 | € 22.139.384,02 |
| 2022 | € 22.135.398,88 |

Considerato altresì che, con riferimento al fabbisogno di personale ospedaliero - effettuate le opportune valutazioni rispetto al fabbisogno formulato ed alle esigenze rappresentate dall'Azienda e tenendo conto dei valori di fabbisogno già approvati dalla Giunta regionale con DGR n. 988 del 5.6.2019 di approvazione del PTFP dell'IRCCS De Bellis relativa al triennio 2018-2020 e con DGR n. 1890 del 30.11.2020 di approvazione del PTFP dell'IRCCS De Bellis relativa al triennio 2019-2021 che a sua volta teneva in considerazione i valori di FTE_max indicati dai Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 29/3/2018, ove applicabili - è stato definito un "Fabbisogno FTE approvabile".

Tutto ciò premesso, la Regione Puglia, Dipartimento promozione della Salute e dello Sport e benessere per tutti, ha ritenuto di poter procedere all'approvazione del Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) 2020-2022 dell'IRCCS De Bellis" di Castellana Grotte, deliberato in prima adozione con deliberazione D.G. n. 704 del 29/12/2020 avente ad oggetto "Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2020- 2022. Determinazioni".

Dall'allegato PTFP 2022 per Procedure Concorsuali in Corso è possibile individuare le procedure attualmente attive per l'IRCCS.

3.3.1.1 Premessa

Il PTFP, approvato dalla regione Puglia per l'IRCCS, è quello approvato con DGR n.389 del 21/03/2022 per il triennio 2020-2022 e riportato nei contenuti numerici nella tabella sinottica di analisi della consistenza dell'organico al paragrafo successivo.

Nell'ambito di detto Piano la programmazione strategica delle risorse umane è identificata nel piano triennale del fabbisogno e si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'amministrazione si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prestazioni, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

Il contesto internazionale di emergenza epidemiologica che ha dominato i contesti della PA, in modo particolare della Sanità Pubblica, ha sollecitato e conseguentemente prodotto l'avvio di procedure di reclutamento straordinarie a tempo determinato che hanno prodotto nel tempo situazioni di precariato, in riferimento alle quali il legislatore ha approntato strumenti che consentissero la regolarizzazione delle situazioni contrattuali dei lavoratori. In tal senso, la citata tabella riporta anche il personale assunto a tempo determinato con procedure semplificate per soddisfare le esigenze dettate dall'emergenza sanitaria.

Con riferimento all'istituto della stabilizzazione ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 al 31/12/2020, questo Istituto, in seguito ad indagine ricognitiva avviata con deliberazione n. 287/2020, ha assunto a tempo indeterminato nella qualifica di collaboratore professionale sanitario infermiere n. 1 unità rispondente ai requisiti e ha indetto concorso pubblico riservato per titoli ed esami al personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, commi 2, 10, 11 e 11 bis del D.Lgs. 75/2017 e s.m.i.

al 31/12/2020 ai fini del superamento del precariato per n. 4 posti di dirigente biologo, n. 1 posto di CTP biotecnologo, n. 1 posto di CPS Dietista e n. 3 posti di Collaboratore Amministrativo con deliberazione n. 708 del 30/12/2020, pubblicata sul BUR Puglia n. 7 del 14/01/2021, in imminente fase di conclusione, dato che sono stati già adottati i provvedimenti di ammissione dei candidati e di nomina delle commissioni.

Con deliberazione 170 del 22.06.2021 è stata avviata ulteriore indagine ricognitiva rivolta al personale in possesso al 31/12/2021 dei requisiti di cui al co. 1 e al co. 2 del D.Lgs. 75/2017, da cui sono emerse posizioni riconducibili alla fattispecie di cui al co. 2 del D.Lgs. 75/2017 aggiuntive rispetto alla precedente ricognizione (n. 4 collaboratori amministrativi, n. 2 dirigenti biologi, n. 1 dirigente veterinario non presente in PTFP) e con deliberazione n. 95/2022 ha avviato nuova Indagine ricognitiva per l'applicazione dell'art. 20 del Dlgs n. 75/2017 e s.m.i. al 31/12/2022 e dell'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234 al 30/06/2022, considerate le assunzioni a tempo determinato effettuate durante l'emergenza epidemiologica precedentemente descritte.

Dall'analisi delle manifestazioni di interesse pervenute emerge che già 7 unità di collaboratori professionali sanitari infermieri assunte durante l'emergenza covid hanno maturato i requisiti di cui all'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234 e 3 unità di Dirigente biologo, oltreché un'unità riconducibile alla fattispecie di cui al co. 2 del D.Lgs. 75/2017.

L'IRCCS, inoltre, in quanto Irccs pubblico con deliberazione n. 741/2019 e successiva deliberazione n. 44/2020 ha dato applicazione alla c.d. "prima fase della piramide della ricerca" di cui all'art. 1 co. 422-434 della L. n. 205/2017, assumendo a tempo determinato per un periodo di 5 anni nel profilo di ricercatore sanitario categoria DS e collaboratore professionale di ricerca sanitaria categoria D, di cui alla sezione "Ricerca Sanitaria" del C.C.N.L. 2016-2018, i titolari di borsa di studio e i collaboratori (CO.CO.CO.) nell'ambito della ricerca sanitaria a fine anno 2019 e inizi 2020. Tale forma di reclutamento a tempo determinato è proseguita nel corso del 2022 con la cd "seconda fase della piramide della ricerca" in riferimento alla quale si rinvia al piano assunzionale della ricerca adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n.508 del 22/12/2021 avente per oggetto "Piano Assunzionale del Personale del Ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca. Triennio 2021 - 2023"

3.3.1.2 Riferimenti normativi

- il D.lgs. n. 165/2001 recante le "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", così come novellato da ultimo dal D.lgs. n. 75/2017;
- il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani del fabbisogno di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche", adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018;
- la D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018, recante l'approvazione delle "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018" - la DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni";
- i Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020;
- con DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni", la Giunta ha previsto che: nella determinazione del Piano Triennale di fabbisogno di personale (PTFP), il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo ed il numero totale del personale complessivamente non può superare: o nelle Aziende Sanitarie Locali il valore del 12%; o nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie il valore del 11%; o negli I.R.C.C.S. il valore dell'10%
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 609 del 19/04/2021, recante approvazione del documento "Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale. Anno 2021" ex art. 39 della L.R. n 4/2010;

3.3.1.2 Analisi consistenza organico del PTFP

Tenuto conto del rispetto dei vincoli di spesa, e nelle more della presa d'atto da parte dell'IRCCS di quanto approvato dal citato Dipartimento, si rileva nella successiva tabella quanto risultante dal punto di vista programmatico per l'anno 2022 in termini di unità per profilo professionale:

RIEPILOGO PER PROFILI PROFESSIONALI (Tempo Indeterminato - Tempo Determinato - Universitario - Convenzioni – COVID)

| | FABBISOGNO 2022 | | | | | |
|--|-----------------|----------|--------------|-------------|----------|------------|
| | T.I. | T.D. | Universitari | Convenzioni | COVID | Cessazioni |
| DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA - MEDICO | 7 | | | 1 | | |
| DIRIGENTE MEDICO | 83 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA - BIOLOGO | 1 | | | | | |
| DIRIGENTE BIOLOGO | 20 | | | | | |
| DIRIGENTE FARMACISTA | 3 | | | | | |
| DIRIGENTE FISICO | | | | 1 | | |
| DIRIGENTE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE | 1 | | | | | |
| DIRIGENTE AVVOCATO | 1 | | | | | |
| DIRIGENTE INGEGNERE | 1 | | | | | |
| DIRIGENTE ANALISTA | 2 | | | | | |
| DIRIGENTE AMMINISTRATIVO | 5 | | | | | |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO INFERMIERE CAT.DS | 4 | | | | | 1 |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO INFERMIERE CAT.D - Coord.re | 1 | | | | | |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO INFERMIERE CAT.D | 164 | 6 | | | 4 | 4 |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO - FISIOTERAPISTA CAT.D | 2 | | | | | |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO - DIETISTA CAT.D | 3 | | | | | |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO - TECNICO DI LABORAT. BIOMEDICO CAT.D | 24 | | | | | 1 |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO - TECNICO SANIT. RADIOL. MEDICA CAT.D | 12 | | | | | |
| COLLAB. PROFESS. SANITARIO - TECNICO PREVENZIONE LUOGHI LAVORO | 1 | | | | | |
| COLLAB. PROFES. SPECIAL. DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE CAT.D | 1 | | | | | |
| COLLAB. PROFES. SPECIAL. RAPPORTI MEDIA, GIORNALISTA PUBBLICO CAT.D | 1 | | | | | |
| COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE CAT.DS | | | | | | |
| COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE CAT.D | 8 | | | | | |
| ASSISTENTE TECNICO IMPIANTO TERM. E A VAPORE - C | 1 | | | | | |
| ASSISTENTE TECNICO CAT.C | 1 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - AUTISTA Bs | 2 | | | | | |
| O.S.S. - Bs | 32 | | | | | 2 |
| OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - CONDUTTORE CALDAIA CAT.Bs | 1 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - ELETTRICISTA CAT.Bs | 1 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO - STABULARIO CAT.B | 1 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO CAT.B | 2 | | | | | 1 |
| OPERATORE TECNICO - C.E.D. CAT.B | 0 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO - MAGAZZINIERE CAT.B | 2 | | | | | |
| OPERATORE TECNICO - CENTRALINISTA CAT.B | 7 | | | | | 1 |
| O.T.A. CAT.B | 6 | | | | | |
| AUSILIARIO CAT. A | 34 | | | | | 1 |
| COLLAB. AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CAT.DS | | | | | | |
| COLLAB. AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE CAT.D | 15 | | | | | |
| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT. C | 9 | | | | | 1 |
| COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT.B | 12 | | | | | |
| COMMESSE - CAT. A | 2 | | | | | |
| Totale Fabbisogno (Fabbisogno Strutturale + Fabbisogno COVID) | 473 | 7 | 1 | 3 | 6 | 14 |
| | | | | 490 | | |

Personale in Servizio al 30/04/2022 per PROFILO PROFESSIONALE (Tempo Indeterminato - Tempo Determinato - Personale in Convenzione)

| | Aggiornata al 30/04/2022 |
|---|--------------------------|
| PROFILO PROFESSIONALE | Personale in SERVIZIO |
| DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA - MEDICO | 3 |
| DIRIGENTE MEDICO | 64 |
| DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA - BIOLOGO | 1 |
| DIRIGENTE BIOLOGO | 14 |
| DIRIGENTE FARMACISTA | 3 |
| DIRIGENTE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE | 0 |
| DIRIGENTE FISICO | 1 |
| DIRIGENTE AVVOCATO | 0 |
| DIRIGENTE INGEGNERE | 0 |
| DIRIGENTE ANALISTA | 2 |
| DIRIGENTE AMMINISTRATIVO | 3 |
| COLL. PROF.LE SAN.INFERMIERE CAT.DS | 1 |
| COLL. PROF.LE SAN.INFERMIERE CAT.D | 135 |
| INFERMIERE GENERICO | 0 |
| COLL.PROF.LE SAN. - DIETISTA CAT.D | 1 |
| COLL. PROF.SAN. - TECNICO DI LAB.BIOM. CAT.D | 21 |
| COLL. PROF.SAN. - TECN.SAN. RX.MED. CAT.D | 8 |
| COLL.PROF.LE SAN. - TEC.PREVENZIONE LUOGHI LAVORO | 0 |
| COLL. PROF.LE SAN. FISIOTERAPISTA CAT.D | 2 |
| COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE CAT.D | 5 |
| ASSISTENTE TECNICO CAT.C | 1 |
| OPER. TECN.SPEC.CONDUTTORE CALDAIA CAT.Bs | 1 |
| OPER. TECN.SPEC.ELETRICISTA CAT.Bs | 0 |
| OPERATORE TEC.SPEC. AUTISTA | 2 |
| OSS | 32 |
| OPER. TECNICO ASSISTENZA CAT.B | 1 |
| OPER. TECNICO CAT.B | 4 |
| OPER. TECNICO - CENTRALINISTA CAT.B | 3 |
| AUSILIARIO CAT.A | 26 |
| COLL.AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO CAT.Ds | 0 |
| COLL.AMMINISTRATIVO PROF.LE CAT.D | 7 |
| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT. C | 9 |
| COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT.B | 10 |
| COMMESSE - CAT.A | 1 |
| COLL.PROFES. SPEC. DELLA COM.ISTITUZ.LE CAT.D | 0 |
| COLL.PROFES. SPEC. RAPP. MEDIA,GIOR.PUBB. CAT.D | 0 |
| | 361 |

Dalle tabelle riportate è possibile rilevare i valori in termini di:

- capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- personale in servizio
- stima del trend delle cessazioni, sulla base dei pensionamenti previsti e/o effettuati;
- stima dell'evoluzione dei bisogni, in funzione di scelte legate, ad esempio:
 - ai bisogni delle varie aree rilevabili sulla base dell'allegato PTFP 2022 per Procedure Concorsuali in Corso;
 - ad altri fattori interni o esterni che richiedono una discontinuità nel profilo delle risorse umane in termini di profili di competenze e/o quantitativi (come ad esempio accaduto per l'emergenza Covid).

In relazione a quanto prospettato nella tabella sopra, oltre quanto desumibile dalle tabelle riportate negli allegati "PTFP 2022 per Unità Operativa" e "PTFP 2022 per Procedure Concorsuali in Corso", si definiscono le carenze di unità di personale, a seguito di assunzioni non effettuate per a causa l'attesa delle procedure più complesse, e per questo centralizzate (maxi concorso dei collaboratori professionali sanitari infermieri e collaboratori amministrativi), cui si dovrà provvedere rispetto alle previsioni di cessazioni. Per quanto inerente al contesto scientifico si rinvia al piano assunzionale della ricerca con la deliberazione del Commissario Straordinario n.508 del 22/12/2021.

3.3.1.3 Rispetto dei limiti indicati nei tetti di spesa: annualità 2020 - 2022

La DGR n.389 del 21/03/2022 riporta il rispetto dei limiti dettati dai tetti di spesa, riportati a fianco come nella stessa DGR sono presentati:

PTFP IRCCS De Bellis di Castellana Grotte 2020/2022 _RIEPILOGO COSTI

| ANNO | [A] | [B] | DELTA [A]-[B] |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | TETTO DI SPESA EX DGR 2293/2018 | COSTO PTFP 2020-2022 IRCCS De Bellis | |
| 2020 | 22.268.606 € | 22.124.714 € | 143.892 € |
| 2021 | 22.268.606 € | 22.139.384 € | 129.222 € |
| 2022 | 22.268.606 € | 22.135.399 € | 133.207 € |

3.4 Formazione del personale

Il PIAO Definisce anche tra gli obiettivi programmatici e strategici della performance la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

Il PIAO è elaborato in coerenza con quanto previsto in ambito di formazione del personale tecnico-amministrativo sanitario dalla normativa e dalla pianificazione strategica, in particolare:

- DFP - Direttiva sulla formazione e la valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni;
- CCNL di comparto;
- Statuto dell'IRCCS;
- Piano Strategico 2021-2026.

L'IRCCS, alla luce di quanto esposto, per la formazione del personale, si rinvia alla deliberazione n.84 del 21/01/2022 relativa all'approvazione del Piano formativo aziendale P.F.A. 2022.

I contenuti del PFA sono rivenienti dalla disamina dei questionari somministrati in data 06/10/2021 via mail a tutto il personale, sono emersi i seguenti fabbisogni formativi da parte dei dipendenti e dei Ricercatori interni:

| FABBISOGNO FORMATIVO 2022 |
|---|
| Gestione organizzativa delle risorse umane |
| Gestione delle risorse umane a livello relazionale |
| Gestione stress e benessere organizzativo |
| Comunicazione efficace in ambito sanitario |
| Corso base avanzato di informatica |
| Mappatura dei rischi con metodologia FMEA |
| La SDO gastroenterologia: appropriatezza della codifica |
| Performance management- Valorizzazione del capitale umano |
| Anticorruzione –trasparenza - privacy |
| Corso inglese base e avanzato/ scientifico |

in data 28/10/2021 è stata concordata l'approvazione del P.A.F. 2022 in accordo con il Comitato Tecnico Scientifico, giusta nota prot. 0014497 del 29/10/2021;

Sulla base dei suddetti Fabbisogni è stato definito il seguente Piano Formativo, che sarà registrato sulla piattaforma dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS):

| PIANO FORMATIVO 2022 |
|---|
| Corso di inglese per operatori sanitari |
| Comunicazione efficace in ambito sanitario |
| Principi di anticorruzione e trasparenza nelle strutture sanitarie |
| Corso base di informatica |
| Corso avanzato di informatica |
| Gli accessi vascolari a breve e medio termine: metodiche di posizionamento e gestione |
| BLSD (Basic life Support Defibrillation) per operatori sanitari |
| ALS (Advanced Life Support) per operatori sanitari |
| ILS (immediate Life Support) per operatori sanitari |

L'IRCCS è accreditato come Provider AGENAS ECM n. 1534 e dunque è soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Tutto ciò permette ai partecipanti di acquisire esperienze tecniche professionali di processo, quali la formazione per l'acquisizione competenze cliniche e di strumentazioni per affrontare la maggiore richiesta di prestazioni complesse. Gli obiettivi generali che L'IRCCS pone per la realizzazione dell'attività formativa futura sono volti alla valutazione della qualità dei singoli dipendenti nelle Unità Operative di appartenenza. La progettazione di formazione basata non solo su una attenta analisi dei bisogni formativi, anche a promuovere la cultura della qualità, affinché ogni percorso formativo sia considerato un miglioramento tra le professionalità dell'IRCCS, favorendo la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori nelle scelte aziendali relative alle strategie di sviluppo e di formazione.

Sezione 4. Monitoraggio

In questa sezione è prevista la specificazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio dei risultati conseguiti rispetto al 2021 in ordine alle sezioni della Performance e dei Rischi Corruttivi e Trasparenza, ricomprendendo le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”: avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 a giugno, rilevando che la redazione del PIAO, pur se in prima applicazione ha posticipato al 30 aprile l'adempimento, invece che il 31 gennaio, rileva uno sfasamento temporale rispetto alla redazione e approvazione della Relazione sulla Performance 2021 da parte dell'OIV, comportando che la rappresentazione ufficiale del monitoraggio della performance ha il termine del 30 giugno, non rappresentabile in questa sezione del PIAO, richiedendosi pertanto opportuna revisione normativa per dare sincronizzazione temporale agli adempimenti richiesti.

Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza”:

Rischi corruttivi, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 e secondo le indicazioni di ANAC, di cui di seguito si riporta quanto comunicato alla scadenza rispettata del 15 dicembre 2021 mediante la scheda di relazione richiesta dall'Autorità, consente di riportare nella presente sezione le evidenze riscontrate dal RPCT con i monitoraggi effettuati sia direttamente ove possibile, che con l'ausilio dei referenti mediante apposita reportistica, sulle misure specifiche definite nel PTPCT 2021-2023:

Il monitoraggio è stato considerato esaustivo a livello di misure generali rispetto al 2021 ed eseguito a campione rispetto alle misure specifiche, coinvolgendo i referenti dell'Anticorruzione e della Trasparenza delle varie strutture, nominati nel PTPCT 2021-2023 di comunicare eventuali ulteriori misure specifiche ritenute utili alla prevenzione della corruzione.

I monitoraggi effettuati sono nello specifico individuati nel seguente elenco:

- *Richiesta di ottemperare alla mancanza di documentazione per gli obblighi di trasparenza ai referenti delle UU.OO. con note prot. da 15308 a 15324 del 15/11/2021*
- *Richiesta ulteriori misure specifiche prevenzione corruzione ai referenti delle UU.OO. con note prot. da 13298 a 13308: in caso di mancata risposta all'invito di rendicontare al riguardo ha portato a considerare che le misure sono adeguate o che richiedono tempi più lunghi di attuazione.*
- *Monitoraggio adempimento in merito a conflitti di interesse per le assunzioni di personale: prot. n.12165 del 16/09/2021 inviato a Direzione Scientifica e UOC GRU*
- *-Monitoraggio conferimento incarichi legali PEC del 13/9/2021 - riscontro prot. n.15409 del 17/11/2021*
- *Richiesta ai dirigenti dichiarazione incompatibilità inconfiribilità a mezzo email con comunicazione massiva prot. n.7480 del 28/05/2021*
- *Comunicazione ai dipendenti del PTPCT 2021-2023 con invito al rispetto delle misure ivi contenute il 13/04/2021 17:26*
- *Avviso Pubblico consultazione aggiornamento PTPCT 2021 prot. n.11814 del 08/09/2021*
- *Monitoraggio griglia rilevazione amministrazione trasparente da parte dell'OIV PEC del 29/06/2021 e comunicazione all'ANAC con PEC del 28/06/2021 con integrazione del 8/7/2021.*

I contenuti della relazione sulla prevenzione della corruzione riportata e posta all'attenzione dell'ANAC, evidenzia quanto effettuato e quanto da riproporsi nel corso del 2022. Il monitoraggio di seguito, dettagliato dal RPCT, riporta i risultati conseguiti nel 2021 e le intenzioni per il 2022 rispetto alle misure generali di deterrenza. Sono inoltre disponibili agli atti d'ufficio i documenti di risposta dei referenti, ove pervenuti, rispetto alla richiesta di monitoraggio del secondo punto dell'elenco di cui sopra per le misure specifiche, dove per i casi di mancata risposta all'invito di rendicontare è stata considerata da parte del RPCT come necessità di tempi più lunghi per l'applicazione delle misure, pur essendo adeguate secondo le indicazioni del Piano di Prevenzione della Corruzione 2021-2023. Si porta all'attenzione che il report allegato del presente PIAO, il PTPC 2022-2024, ha in più la colonna della “Valutazione del Rischio Residuo” che ha rivisto la rivalutazione qualitativa del Giudizio di valutazione dei rischi in base alle misure specifiche adottate dai referenti, sulla base delle risposte fornite al secondo punto dell'elenco, nella relazione del paragrafo precedente.

a. Trasparenza: rinvio all'apposita sezione del Piano

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

Richiesta di ottemperare alla mancanza di documentazione per gli obblighi di trasparenza ai referenti delle UU.OO. con note prot. da 15308 a 15324 del 15/11/2021.

Proposte per **Obiettivi 2022:**

Richiedere ai referenti la comunicazione dei dati richiesti dalla normativa, sviscerando per responsabilità l'incombenza sui referenti incaricati dell'adempimento, sulla base della griglia proposta dal D.Lgs. 33/2001

b. Codice di comportamento

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

Per il 2021, il PTPCT prevedeva che l'aggiornamento del codice di comportamento fosse pienamente attuato ed inoltre prevedeva la verifica a campione delle dichiarazioni di insussistenza dei conflitti di interesse, al fine di prevenire rischi, anche solo potenziali, con la finalità di promuovere sempre più la cultura della prevenzione della corruzione e contrastare la facilità con cui il bisogno urgente di salute del paziente può comportare l'oscuramento dei corretti comportamenti.

Obiettivi 2022

Si conferma per il 2022, l'eventuale revisione e aggiornamento della misura, oltre che l'impegno a diffondere i contenuti mediante l'istituto della formazione, richiedendo contestualmente l'applicazione del codice di comportamento ed il controllo a campione sulle dichiarazioni per il conflitto di interessi.

c. Formazione del personale

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

Per l'anno 2021 le attività formative sono state svolte in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali seguendo l'impostazione di un corso generale nel periodo di giugno 2021 e un corso specifico nel periodo di novembre 2021. I temi trattati sono stati i seguenti.

- Principi di etica e legalità
- Revisione PTPCT: nuove metodologie di mappatura e valutazione dei rischi
- disciplina pantouflage;
- profili di responsabilità dei soggetti coinvolti
- codice di comportamento.

Obiettivi 2022

Per il 2022, con nota n. 5534 del 13/4/2022 si stanno coordinando con l'Ufficio Formazione le attività di formazione, suddivise per 2 livelli aventi ad oggetto le seguenti tematiche, per il successivo inserimento nel Piano Formativo Aziendale 2022-2024 predisposto e adottato.

d. Rotazione ordinaria del personale

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

È stato analizzato il regolamento adottato dall'istituto in merito e si è provveduto ad attivarne le modalità di rotazione ivi riportate, nei limiti consentiti per mantenere il livello di specialità nei vari contesti amministrativi, sanitari e di ricerca richiesto all'IRCCS quale istituto nazionale di gastroenterologia.

Obiettivi 2022

Si proporrà ai Referenti aziendali di scalare gli incarichi con il subentro di nuovi innesti di personale sulle posizioni su cui è possibile attuare la rotazione, in aggiunta alle misure alternative. Pertanto, si renderà sulle soluzioni adottate, fermo restando che sarà proposta al management strategico l'adozione di un completo documento di programmazione della misura della rotazione del personale che interessi la totalità degli incarichi ruotabili. Nell'ambito amministrativo si effettuerà la riassegnazione delle figure dirigenziali apicali nelle strutture maggiormente sensibili alla problematica della corruzione, affidando la responsabilità degli incarichi apicali.

e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

Effettuata la riassegnazione d'ufficio, come delineato nel PTPCT del 2021-2023, per un dipendente nel ruolo dirigenziale a tempo determinato, sospeso a seguito di quanto verificatosi da un'indagine a suo carico per situazioni pregresse rilevate dalle autorità giudiziarie, precedentemente alla sua assegnazione presso l'Istituto "S. de Bellis".

Obiettivi 2022

Monitoraggio e attività di gestione della misura.

f. Il Whistleblowing

Azioni e risultati 2021

Nel 2021 sono state trattate due segnalazioni inviate all'indirizzo web: irccsdebellis.whistleblowing.it e opportunamente gestite dall'RPCT in carica dal 01.02.2021 non riscontrando risposte ulteriori a seguito dei chiarimenti rappresentati.

Obiettivi 2022

Monitoraggio delle mail PEC per la gestione di eventuali segnalazioni nel rispetto della determinazione n.6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblica che segnala illeciti (cd whistleblower)" adottando il corretto procedimento da seguire in caso di segnalazioni, previa verifiche e approfondimenti di merito come fatto nel corso del 2021.

g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione

Obiettivi 2021 e risultati ottenuti

Sono stati effettuati i monitoraggi con richiesta dei dati rispetto a procedure individuate a campione, con richiesta PEC, delle attività svolte dagli uffici investiti dei compiti di applicare e rispettare la misura, Direzione Scientifica e Gestione Risorse Umane, riscontrando il rispetto di quanto necessario rispetto ai componenti di commissione.

Obiettivi 2022

Si procederà ad effettuare un controllo e monitoraggio a campione della compilazione dei moduli innanzi citati nelle altre aree amministrative deputate alla gestione delle procedure che richiedono tale dichiarazione.

h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti

Obiettivi 2021 e risultati

È stata somministrata la modulistica utile a consentire alle figure della direzione strategica e dell'organo di indirizzo, oltreché delle figure dirigenziali apicali, le necessarie dichiarazioni in merito, riportando nelle apposite sezioni dell'amministrazione trasparente la documentazione compilata e sottoscritta.

Obiettivi 2022

Si è proceduto ad aggiornare quanto riguardante la direzione strategica, e si è proceduto a richiedere la documentazione alla dirigenza apicale delle UOC e UOSD, dovendo procedere alla ricognizione per tutte le figure dirigenziali, come richiesto dalla normativa.

i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici

Obiettivi 2021 e risultati

Non è stata fatta alcuna rilevazione di verifica sul punto trattato da parte dell'RPCT, risultando

Obiettivi 2022

Si opereranno i necessari approfondimenti con la collaborazione del referente dell'area

j. Gli incarichi extraistituzionali

Obiettivi 2021 e risultati

L'obiettivo da operare per l'anno corrente richiedeva di:

1. aggiornare il regime sanzionatorio e, in particolare, di richiamare la previsione di cui all'art. 18 del D.lgs. 39/2013, in base alla quale "i componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono responsabili per le conseguenze economiche degli atti adottati e non possono per tre mesi conferire gli incarichi di loro competenza. L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del presente decreto è pubblicato sul sito dell'amministrazione o ente che conferisce l'incarico"; **attività non effettuata.**
2. considerare la disciplina del Pantouflage e, più in generale, l'ambito di applicazione della normativa (cfr. par. 9 Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018) mediante:
 - l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage; **attività effettuata**
 - la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma; **attività effettuata**
 - la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016; **attività NON effettuata**
 - la previsione della trasmissione, ad opera della Gestione Risorse Umane, di report riepilogativo delle dichiarazioni rese dai dipendenti al RPCT per le attività di monitoraggio di competenza affidate dalla normativa anticorruzione; **attività effettuata**

3. definire in concreto una modalità e una procedura per effettuare le verifiche (ad es. verifiche a campione o sulla totalità delle dichiarazioni presentate; tempistica della verifica: semestrale o annuale; etc.); **attività effettuata**
Inoltre, verranno considerati i suggerimenti forniti dall'Autorità con il PNA 2019, ovvero sia di individuare una procedura:
4. in grado di acquisire tempestivamente la dichiarazione prima del perfezionamento dell'incarico (pertanto, l'incarico si perfezionerà solo all'esito della verifica, da parte dell'organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti); **attività effettuata**
5. di garantire la 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. **attività effettuata**
6. una black list di attività precluse; **attività NON effettuata**
7. un elenco degli incarichi che assumono valore ai fini della crescita professionale, culturale e scientifica del dipendente, e che possono avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte dello stesso. **attività NON effettuata**

Obiettivi 2022

Preso in carico delle attività non svolte al fine di monitorare e eventualmente in caso di mancata attuazione dell'attivazione delle stesse per integrare il raggiungimento di quanto non effettuato nel corso del 2021

k. Acquisti di beni e servizi

Obiettivi 2021 e risultati

Per il 2021 l'Istituto ha operato per implementare il controllo sugli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, volti a favorire una impresa. Il personale dell'Area ha operato in tal senso svolgendo le attività da espletare per le opportune definizioni in ambito deliberativo documentanti le scelte operate. Il RPCT ha monitorato a campione verificando quanto effettuato sulle deliberazioni DDG n. 116 del 12.03.2021 - deliberazione n. 525 del 28/10/2020. In tal senso l'obiettivo di performance affidato all'area del patrimonio e gestione tecnica richiedeva di non effettuare proroghe su servizi e forniture scadute.

Obiettivi 2022

Monitoraggio.

l. Patti di integrità

Obiettivi 2021 e risultati raggiunti:

attività effettuata e monitorata rientrante nelle buone pratiche dell'area

Obiettivi 2022

Concordata con il referente dell'Area del Patrimonio Revisione del patto in uso per aggiornarlo prendendo a riferimento il documento utilizzato dall'ANAC

m. Il pantouflage

Misure di contrasto del Pantouflage

Obiettivi 2022

In linea con le indicazioni fornite nel tempo dall'Autorità, per il 2022 si ripropongono le medesime azioni pianificate. In particolare, saranno inserite le seguenti misure volte a prevenire tale fenomeno:

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

Al fine di permettere al RPCT di effettuare l'attività di monitoraggio sull'avvenuta adozione delle misure previste, verrà trasmesso al medesimo, annualmente, un report delle dichiarazioni rese dai dipendenti.

In seguito dell'avvenuta conoscenza di una violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, il RPCT segnala detta violazione all'ANAC e all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio ed eventualmente anche all'ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.



n. Responsabile RASA

Obiettivi 2021 e risultati raggiunti

Con deliberazione del Commissario Straordinario n.662 del 4 ottobre 2017, su sollecitazione del RPCT si è provveduto alla nomina del nuovo Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante, nella persona del Dirigente dell'Area Gestione Patrimonio. A seguito dell'avvicendamento del suddetto responsabile nominato mediante convenzione con una figura dirigenziale, si è ottemperato con la continuazione di quanto necessario mediante l'attivazione dell'utenza sul portale dei servizi on-line all'uopo predisposta.

Obiettivi 2022

Monitoraggio finalizzato alla verifica della corretta operatività della misura organizzativa di trasparenza ulteriore del RASA in funzione della prevenzione della corruzione.

o. Sponsorizzazioni

Obiettivi 2021 e risultati

Obiettivi 2022

p. Sperimentazioni cliniche

Obiettivi per l'anno 2021 e risultati raggiunti

Obiettivi per l'anno 2021

Monitoraggio conflitti e inconferibilità

q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa

Obiettivi per l'anno 2022

Richiesta effettuazione degli adempimenti mediante richiesta di Monitoraggio e eventuale proposta di misure migliorative per la deterrenza

r. Gestione alienazione immobili

Obiettivi per l'anno 2022

Richiesta effettuazione degli adempimenti mediante richiesta di Monitoraggio

s. Gestione donazioni e comodati d'uso

Obiettivi per l'anno 2022

Monitoraggio

t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Obiettivi per l'anno 2022

Monitoraggio

u. Gestore segnalazioni UIF

Obiettivi per l'anno 2021 e risultati raggiunti.

Effettuata la nomina del responsabile con deliberazione n. col fine di effettuare le verifiche richieste per come indicate dalla normativa sopra indicata, si prevede l'individuazione di soggetto interno da nominare per specifico contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Obiettivi per l'anno 2022

Richiesta effettuazione degli adempimenti mediante richiesta di Monitoraggio

Trasparenza, sono in corso le attività previste dalle indicazioni della delibera ANAC n.201 del 22 aprile 2022 per consentire le relative attestazioni OIV previste per il 31-maggio 2022. Il monitoraggio ufficiale previsto è, come per la performance, sfasato rispetto ai termini previsti dal PIAO 2022.

Si rappresenta ad ogni buon conto è stata effettuato, con la richiesta di ottemperare alla mancanza di documentazione per gli obblighi di trasparenza dal RPCT ai referenti delle UU.OO., quanto necessario per il rispetto a tali obblighi informativi, depositando agli atti le note prot. da 15308 a 15324 del 15/11/2021.

Allegati

a. PIAO 2022 – Performance BSC. OBIETTIVI GENERALI 2022

b. PIAO 2022 - PTPCT 2022-2024

Il Piano di Prevenzione delle Corruzione e della Trasparenza allegato non ha subito variazioni significative rispetto al precedente piano 2021-2023 anche per la mancanza di segnalazioni da parte degli stakeholder dopo la ricognizione fatta con gli avvisi pubblici per raccogliere specifiche in merito. Si notifica l’inserimento nel Piano della colonna “Valutazione Rischio Residuo” che ha consentito di ridefinire la valutazione del rischio a seguito di quanto comunicato dai referenti rispetto al monitoraggio delle misure specifiche di deterrenza, che per tali ragioni è stato riesaminato dal RPCT.

c. PIAO 2022 - PTFP 2022 per Unità Operativa

d. PIAO 2022 - PTFP 2022 per Procedure concorsuali in corso

Allegato a. PIAO 2022 – Performance BSC. OBIETTIVI GENERALI 2022

| Obiettivi Dir Gen. | Area strategica | Cod | Descrizione | Azioni | Indicatore | Valore atteso | Performance Organizzativa Peso Direttore Cdf |
|---|--|-----|---|---|---|--|---|
| A. Prospettiva Economico-Finanziaria | | | | | | | |
| A1 | Raggiungimento Equilibrio/Paraggio di Bilancio | A1a | Incremento dei ricavi | 1.Incremento ricoveri. Acquisizione di finanziamenti. 2.Produzione Extra-Regionale | 1.Ricavi produzione SSN 2022 maggiori ai ricavi conseguiti da ricoveri e specialistica 2021 2.N. pazienti provenienti da altre regioni | 1. >19.100.000 and 2.Specifiche prestazioni | 10 |
| | | A1b | Contenimento dei costi | Gestione dei costi 2022 rispetto al 2021: 1.Adesione all'impiego dei farmaci biosimilari o originator più convenienti per aggiudicazione. Percentuale di incidenza dei farmaci biosimilari sul consumo totale dei farmaci biosimilari + originatori; 2.Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche. Spesa di antibiotici ad ampio spettro o gravati da elevate resistenze; 3.Redazione di piani terapeutici su Edotto. Percentuale dei piani terapeutici informatizzati: almeno mantenimento dei risultati ottenuti rispetto al 2019; 4.Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere su Edotto. Percentuale di prescrizioni informatizzate; 5.Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione o visita ambulatoriale. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo di terapia; 6.Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. Percentuale di schede chiuse dai medici relative a pazienti non più in trattamento da 6 mesi 7. Percentuale di rimborso delle schede chiuse dai medici di cui al punto precedente delle quali il farmacista può chiedere il rimborso dove previsto 8. Rispetto dei tetti regionali richiesti con DGR 2022 sui dispositivi 9. Programma biennale Beni e Servizi: comunicare fabbisogno, anche con Finanziamenti FESR 10. Spesa personale : 50% del 2009 T.D.; 1,4% della spesa del 2004. | 1. % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso somministrazione diretta) 2.Spesa di antibiotici gravati da elevate resistenze (Carbapenemi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri 3. % Piani terapeutici informatizzati 4. % di prescrizioni specialistiche informatizzate 5. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico 6. % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi 7. % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi 8.Score dispositivi ad alto costo 9.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 10.Monitoraggio 1,4% & 50% | Mantenimento valori del 2019 Punti 1. a 7.: 8.<Bisogno bimestrale 9.=Rispetto dei tetti di spesa 10.=Nessun ritardo rispetto alla scadenza | 15 |
| A2 | Programmazione | A2 | Pianificazione dello straordinario | 1.Rispetto programmazione del budget straordinario | Numero ore oltre il budget | =0 | 10 |
| B. Prospettiva dei Processi Interni | | | | | | | |
| B1 | Azzerare l'inappropriatezza | B1 | Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriatezza | Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery. | Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriatezza | =0 | 10 |
| B2 | Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi | B2 | 1.Migrazione al Sistema MOSS 2.Rete ospedaliera regionale 3.Anticorruzione e Privacy 4.Avvio organizzativo PNRR 5.Finanziamenti: Covid19-PNRR 6.Sanità Digitale: Qualità flussi; Cartella clinica; Telemedicina. | 1.Organizzare le attività e le procedure. 2.Potenziamento rete ospedaliera regionale DGR 1079 del 09/07/2020: Prosecuzione attività richieste 3.Compliance normativa 4.Descrizione attività conseguenti PNRR 5. <u>Pieno utilizzo dei finanziamenti</u> e rendicontazione 6. <u>Definire gli obblighi spettanti</u> . Completare la cartella clinica informatizzata e ambulatoriale; Telemedicina | 1.Rispetto programma regionale MOSS 2.Attivazioni ulteriori PPLL 3.Attuare le attività richieste nel PTPCT 2022 GDPR 679/2016 4.Attività/procedure attivate per il PNRR 5.Applicazione normativa nazionale e regionale 6.Rispetto degli obblighi Sanità Digitale - Informatizzazione – Telemedicina | 1. al 100% and 2. >=4 and 3. = tutte and 4. >=1 and 5. Pieno Utilizzo € and 6.=Rispetto obiettivi ex art.39 LR 4/2016 | 10 |
| B3 | Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi | B3 | Flussi di rendicontazione | Puntualità di trasmissione dei flussi informativi per rispetto obblighi : Anti-Corruzione e Trasparenza; Privacy; Costi Covid-19; SDO SDA; Leggi; Regione; Ministeri; Procedure; (ecc. con scadenza esplicitata) | Giorni di ritardo rispetto alla scadenza | =0 | 5 |
| B4 | Efficienza operativa | B4 | 1.Degenza media reparti 2.Ricetta dematerializzata 3.Case Mix 4. PDTA: Obesità 5.ISO 9001:2015 Qualità 6.Procedure conc UOC | 1.Riorganizzare attività di ricovero 2.Pieno utilizzo ricetta bianca 3.Aumentare indice di complessità UOC reparti 4.Adozione e affidamento alle linee guida dei PDTA 5.metodo Risk Based Thinking 6.attivare procedure concorsuali posizioni apicali vacanti | 1.Degenza media 2.Numero ricette rosse 3.Indice complessità 4.Implementare le linee guida de PDTA Obesità 5.Valutazione Rischio implementazione procedure interne alle UU.OO. 6.Concorso per le UU.OO. Chirurgia e Genetica | 1.<_definire per UO and 2. = 0 and 3.> indice 2021 and 4. Relazioni UUOO and 5.=Ok resp. Quality and 6. >=2 | 10 |

| Obiettivi Dir Gen. | Area strategica | Cod. | Descrizione | Azioni | Indicatore | Valore atteso | Performance Organizzativa Peso Direttore CdF |
|--------------------|-----------------|------|-------------|--------|------------|---------------|---|
|--------------------|-----------------|------|-------------|--------|------------|---------------|---|

C. Prospettiva Soddisfazione degli Stakeholder

| | | | | | | | |
|----|---|----|--|--|---|---|----|
| C1 | Curare la Soddisfazione degli stakeholder | C1 | 1.Ridurre Liste di Attesa 2.Qualità di processo 3.Indice Tempestività Pagamenti 4.Stabilizzazione D.lgs. 75 | 1.Attivazione di turni aggiuntivi istituzionali ed incremento del personale 2.Tempi di attesa per la chirurgia oncologica. 3.Verifica sui punti di liquidazione 4.Rispetto delle procedure di stabilizzazione per legge | 1.N. Prestazioni erogate 2022 rispetto al 2019 2.Relazione Direttore Chirurgia 3.Rilevazione comunicazione valore trimestrale 4.atti deliberativi consequenziali | 1. > del 2019 and 2. Migliore del 2021 and 3. <= -5 gg and 4.Chiusura ITER richiesto | 8 |
| C2 | Migliorare l'Accoglienza | C2 | Soddisfazione del Paziente | Trattazione segnalazioni comunicate all'URP | Elaborare i dati e riferire risultanze alle UUOO | >2 segnalazioni negative per UO | 10 |

D. Prospettiva Apprendimento, Ricerca e Crescita

| | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|----|---|--|---|--|------------|
| D1 | Intercambiabilità | D1 | Formazione tra colleghi Favorire la circolazione di info | Sostituzione di personale in procedure Finalità di integrazione tra Ricerca e Assistenza | Numero di procedure processate Attivazione registro IBD | >=2 and Implementazione registro | 4 |
| D2 | Formazione | D2 | Adoperarsi per la formazione | Presenza agli eventi nel corso dell'anno Eventi formativi sul PNRR | N. corsi convegni workshop medio dipendenti Percentuale partecipanti rispetto ai designati | >=1 and =1 | 4 |
| D3 | Ricerca: IFN, casi e Sperim.ni | D3 | Punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni | 1.Apporto al valore IFN 2.Segnalazioe di casistiche 3.Attività di ricerca sperimentale | 1.Collaborazione per conseguim di IFN 2.N. segnalazioni casistiche 3.partecipazione alle Sperimentazioni cliniche | >=IFN migliore 2021 or 2.>=10_definire per UC or 3. >=1 | 4 |
| Totali pesi | | | | | | | 100 |