



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

As FO

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

**AZIENDA SANITARIA “FRIULI OCCIDENTALE”
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021-2023**

INDICE

1. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: oggetto e finalità

- 1.1. Riferimenti normativi
- 1.2 La nozione di corruzione
- 1.3 Il Piano Nazionale Anticorruzione
- 1.4 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- 1.5 La programmazione per budget e il piano delle performance

2. Il Processo di predisposizione e adozione del piano aziendale anticorruzione e i relativi attori

- 2.1 Direzione Aziendale
 - 2.1.1 Il Direttore Generale
 - 2.1.2 Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociosanitari
- 2.2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
 - 2.2.1 Rapporti fra RPCT e ANAC
 - 2.2.2 Rapporti fra RPCT e Comitato Unico di Garanzia
 - 2.2.3 Rapporti fra RPCT e Ufficio Procedimenti Disciplinari
 - 2.2.4 Rapporti fra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati
 - 2.2.5 Rapporti fra RPCT e Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)
- 2.3 I Responsabili delle strutture competenti per le attività a più elevato rischio di corruzione
- 2.4 I Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza
- 2.5 I dipendenti e i collaboratori dell'ASFO
- 2.6 I Responsabili delle strutture competenti alle pubblicazioni indicate nel d.lgs. n. 33/2013
- 2.7 Le Responsabilità del RPCT, dei referenti e degli operatori aziendali
- 2.8 L'organismo indipendente di valutazione
- 2.9 Stakeholder
- 2.10 La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

3. Il sistema di gestione del rischio di corruzione.

- 3.1 Il processo di gestione del rischio di corruzione.
 - 3.1.1 Premesse.
 - 3.1.2 Metodologia per la gestione dei rischi corruttivi.
 - 3.1.3 Analisi del contesto esterno e interno.
 - 3.1.4 Mappatura dei processi. Valutazione e trattamento del rischio.
 - 3.1.4.1 Catalogo generale dei processi.
 - 3.1.4.2 Registro dei rischi.
 - 3.1.4.3 Analisi del rischio.
 - 3.1.4.4 Trattamento del rischio.
 - 3.1.5 La comunicazione del sistema di gestione del rischio.
 - 3.1.6 Il processo di monitoraggio e riesame del sistema di gestione del rischio.

3.2 Attuazione e modifica del piano aziendale anticorruzione

4. Attività a più elevato rischio di corruzione

5. Strutture competenti per le attività a più alto rischio di corruzione

6. Misure generali di contrasto

6.1 Rotazione del personale

6.2 Whistleblower

6.3 Regolamentazione dell'accesso alle strutture sanitarie da parte di informatori farmaceutici e di dispositivi medici

6.4 Formazione.

7. Misure specifiche di contrasto

8 Autorizzazioni e concessioni

9. Contratti relativi a lavori, servizi e forniture ex d.lgs. n. 50/2016

9.1 Programmazione

9.2 Procedure per l'affidamento di contratti di valore inferiore alla soglia comunitaria

9.3 Procedure per l'affidamento di contratti di valore superiore alla soglia comunitaria

9.3.1 Indizione (progettazione) della gara di valore superiore alla soglia comunitaria.

9.3.2 Selezione del contraente

9.3.3 Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

9.4 Affidamenti diretti e Procedure negoziate

9.5 Rinnovo/proroga del contratto

9.6. Esecuzione e rendicontazione del contratto

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

10. Donazioni e comodati d'uso, anche in prova, di beni mobili

11. Acquisizione e gestione del Personale

11.1 Responsabilità diffusa

11.2 Incompatibilità, inconfiribilità, pantouflage

11.3 Criticità relative al personale

11.4 Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150/2009.

11.5 Incarico di Direttore di Dipartimento

11.6 Direttore di Distretto Sanitario o di Presidio Ospedaliero

11.7 Incarichi dirigenziali di struttura complessa

11.8 Incarichi di direzione di struttura semplice

11.9 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

11.10 Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

11.11 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d. lgs. 502/1992

12 Rapporti con i soggetti erogatori

13. Gestione dei beni immobili

14. Farmaceutica, dispositivi medici e altre tecnologie, sponsorizzazioni

15 Sperimentazioni cliniche

16 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

17 Attività libero professionale intramuraria e liste di attesa

18 Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati

19 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

20 Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

21 Incarichi a soggetti esterni

22 Monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti

23 Trasparenza

Allegati al PTPCT:

- Quadro delle Schede di gestione del rischio per strutture interessate e cronoprogramma;
- Tabella “Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. n. 33/2013”;
- Prima ricognizione dettaglio attività strutture aziendali;
- Proposta di Linee guida sulla rotazione ordinaria;
- Regolamento sul *whistleblowing*;
- Regolamentazione dell’accesso alle strutture sanitarie da parte di informatori farmaceutici e di dispositivi medici;
- Circolare informativa relativa alle attività correlate al decesso in ambito ospedaliero;
- Codice di comportamento.

1. IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA: OGGETTO E FINALITA'

1.1. Riferimenti normativi

- LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- D.lgs. n. 235 del 31/12/2012 Testo Unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'art. 1 comma 63 della L. 190/2012;
- Circolare n. 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica e la Semplificazione "Legge 190/2012 recante Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.";
- Linee di indirizzo 13/03/2013 del Comitato Interministeriale per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella P.A. per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- D. lgs 14/03/2013 n. 33 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA.;
- D. lgs 8/4/2013 n. 39 Disposizioni in materia di inconfiribilità 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 L. 190/2012;
- DPR 16/04/2013 n. 62 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del d. lgs 165/2001;
- Delibera Anac n. 46 del 27/06/2013 in tema di efficacia nel tempo delle norme su inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi nelle PP.AA. e negli enti privati in controllo pubblico di cui al d. lgs 39/2013;
- Delibera Anac n. 48 del 27/06/2013 sui limiti temporali alla nomina o alla conferma in incarichi amministrativi di vertice e di amministratori di enti pubblici o di enti di diritto privato in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs 39/2013;
- Delibera Anac n. 50 del 04/07/2013 Linee guida per l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità 2014-2016;
- Circolare n. 2 del 19/07/2013 del Dipartimento Funzione Pubblica e Semplificazione d. lgs 33 del 14/03/2013 attuazione della trasparenza;
- Delibera Anac n. 72 dell'11/12/2013 Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera Anac n. 75 del 24/10/2013 Linee guida in materia di codici di comportamento delle PP.AA.;
- Delibera Garante per la protezione dei dati personali 15/05/2014 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;
- Decreto Legge 24/06/2014 n. 90 convertito con modificazioni dalla L. 11/08/2014 n. 114 Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari;
- Regolamento Anac del 09/09/2014 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;
- Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria;
- Delibera Anac n. 146 del 18/11/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione e dal piano triennale di prevenzione della corruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamento o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza;

- Delibera Anac n. 148 del 3/12/2014 Attestazioni OIV o strutture con funzioni analoghe sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità;
- Delibera Anac n. 149 del 22/12/2014 Interpretazione e applicazione del d. lgs 39/2013 nel settore sanitario;
- Determinazione Anac n. 6 del 28/04/2015 Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower);
- Legge 27/05/2015 n. 69 Disposizioni in materia di delitti contro la Pubblica Amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio;
- Determinazione Anac n. 8 del 17/06/2015 Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PP.AA. e degli enti pubblici economici;
- Legge 07/08/2015 n. 124 Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- Determinazione Anac n. 11 del 23/09/2015 Ulteriori indirizzi interpretativi sugli adempimenti ex art. 33 comma 3 bis d. lgs 163/2006;
- Determinazione Anac n. 12 del 28/10/2015 Aggiornamento 2015 al Piano nazionale Anticorruzione;
- D. lgs 18/04/2016 n. 50 Attuazione delle direttive 201/23/UE, 2014/24/UE, 22014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori servizi e forniture;
- D. lgs 25/05/2016 n. 97 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 6/11/2012 n. 190 e del d. lgs 14/03/2013 n. 33;
- Delibera n. 831 del 03/08/2016 Determinazione di approvazione definitiva del piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN del 20/09/2016;
- Delibera Anac n. 1309 del 28/12/2016 Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d. lgs 33/2013;
- Delibera Anac n. 1310 del 28/12/2016 Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d. lgs 33/2013 come modificato dal d. lgs 97/2016;
- Determinazione Anac n. 241 del 08/03/2017 Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016;
- Delibera Anac n. 382 del 12/04/2017 di sospensione degli obblighi di pubblicazione di dati relativi ai dirigenti pubblici compresi quelli del SSN;
- Determinazione Anac n. 950 del 13/09/2017 Linee guida "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili;
- Linee guida Anac n. 3, di attuazione del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni, e le Linee guida n. 6, di attuazione del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti Indicazione dei mezzi di prova adeguati e delle carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto che possano considerarsi significative per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, comma 5, lett. c) del Codice pubblicate in GU il 07/11/2017;
- Protocollo di intesa Anac - Direzione nazionale antimafia siglato il 13/11/2017 Contrasto alla criminalità negli appalti;
- Protocollo d'Intesa siglato il 20/11/2017 per la definizione e la quantificazione di rilevanti indicatori di rischio, da Anac, da Agenzia per la Coesione Territoriale e Dipartimento per le

Politiche di Coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istat ed i Ministeri dell'Economia, dell'Interno e della Giustizia;

- Legge n. 179 del 30/11/2017 recante 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;
- Delibera Anac n. 1301 del 20/12/2017 Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PP.AA. contenuta nel d. lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016;
- Delibera Anac n. 1074 del 21/11/2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.
- Delibera numero 161 del 06/03/2019 - Linee Guida n. 14 recanti "Indicazioni sulle consultazioni preliminari di mercato";
- Delibera n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001";
- Delibera n. 494 del 5 giugno 2019 - Linee Guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici";
- Delibera numero 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019.
- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

1.2 La nozione di corruzione.

Il termine corruzione indica, in senso generico, la condotta di un soggetto che, in cambio di denaro oppure di altre utilità e/o vantaggi, agisce contro i propri doveri ed obblighi.

La definizione di corruzione che si ricava dalla Legge 120/2012 e dai provvedimenti dell'ANAC restituisce un concetto più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, e comprende la *maladministration* intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse comune a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Quindi atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la cura dell'interesse pubblico.

Le situazioni di corruzione possono essere molto diverse fra loro e toccare tutti i processi di un'azienda sanitaria, dai problemi legati alla gestione ed esecuzione degli appalti, all'accesso alle prestazioni sanitarie (ambulatoriali e di ricovero), al comparaggio sotto diverse forme su farmaci, dispositivi medici e altri beni sanitari, nelle numerose attività di vigilanza e controllo aziendali.

La sanità presenta specifici fattori di rischio per illegalità e corruzione: è una realtà nodale dal punto di vista economico, politico, delle conoscenze e delle relazioni interpersonali. Il sistema sanitario svolge infatti la sua opera attraverso una molteplicità di attori, ha contatti costanti con il settore privato, richiede tecnologie a elevata specializzazione e in continuo perfezionamento, necessita di strutture edilizie adeguate e sicure, si interfaccia con le politiche del territorio; è quindi esposto a molteplici e differenti rischi di condizionamenti impropri. Prevenire le varie forme di illegalità è però possibile: si tratta di sostenere e diffondere quel patrimonio culturale ed etico proprio di tutti gli operatori che con rigore professionale, solidarietà e competenza operano per tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini e utilizzare al meglio tutti gli strumenti che la normativa per la prevenzione della corruzione ha messo a disposizione per la gestione del rischio di corruzione attraverso i Piani di prevenzione della corruzione.

1.3 Il Piano Nazionale Anticorruzione.

L'art. 1, comma 2-bis, della Legge n. 190/2012 stabilisce che:

“2-bis. Il Piano nazionale anticorruzione è adottato sentiti il Comitato interministeriale di cui al comma 4 e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Il Piano ha durata triennale ed è aggiornato annualmente. Esso costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione, e per gli altri soggetti di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, anche per assicurare l'attuazione dei compiti di cui al comma 4, lettera a). Esso, inoltre, anche in relazione alla dimensione e ai diversi settori di attività degli enti, individua i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e contiene l'indicazione di obiettivi, tempi e modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto alla corruzione.”

1.4 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

L'art. 1, comma 5, della Legge n. 190/2012 prevede che:

Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica:

- a) un piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari.

Il successivo comma 9 stabilisce che:

Il piano di cui al comma 5 risponde alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il Piano Anticorruzione dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, di seguito "PTPC", quindi:

- ha durata triennale ed è adottato annualmente per il successivo triennio (art. 1 c. 2-bis l. 190/2012 e PNA Aggiornamento 2018);
- individua le attività a più elevato rischio di corruzione: sono tali in particolare (art. 1 c. 9 lett. a):

- le seguenti attività indicate all'art. 1 c. 16, della l. n. 190/2012:
 - *autorizzazione o concessione;*
 - *scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 50/2016;*
 - *concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;*
 - *concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150/2009;*
- le ulteriori attività indicate nei Piani Nazionali Anticorruzione;
- i rischi e le misure di contrasto, tenendo conto di detti Piani; tra le misure rientrano anche i meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni (art. 1 c. 9 lett. b della l. n. 190/2012), gli obblighi di informazione nei confronti del responsabile aziendale anticorruzione (art. 1 c. 9 lett. c della l. n. 190/2012), e le modalità di monitoraggio dei possibili conflitti di interessi (art. 1 c. 9 lett. e l. n. 190/2012);
- definisce le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti (art. 1 c. 9 lett. d l. n. 190/2012).

In un'apposita sezione del PTPC, sono indicati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. n. 33/2013.

1.5 La programmazione per budget e il piano delle performance

I necessari collegamenti ed il coordinamento dei contenuti del presente PTPCT con il percorso di programmazione di budget saranno realizzati dalla SC Programmazione Attuativa e Controllo Direzionale in collaborazione con l'OIV. Le misure di prevenzione della corruzione sono inserite in scheda budget e collegate al sistema di valutazione delle performance del personale ed al sistema premiante, garantendo in questo modo l'utilizzo di queste leve gestionali per l'attuazione del PTPCT. Sia la legge 190/2012 che il d.lgs. n. 33/2013 sottolineano l'importanza di un adeguato coordinamento tra il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e gli strumenti di programmazione dell'ente, tra tutti, ad esempio, il Piano della Performance. Primo fra tutti, si menziona l'art. 1 comma 8 della legge 190/2012, secondo cui "l'Organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione"; inoltre, ai sensi dell'art. 10 comma 3 del d.lgs. 33/2013, si rammenta che "...la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali".

Il Piano della Performance come previsto dal d.lgs. n. 150/2009, e in conformità alle Linee di indirizzo in materia, consiste nel documento programmatico di durata triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici e operativi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nella programmazione regionale e nazionale. In coerenza con tali atti vengono individuati dalla Regione, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali. La Direzione Generale, in relazione alle proprie strategie, definisce un piano delle performance, integrato, ed aggiornato annualmente.

Gli obiettivi e i correlati indicatori sono soggetti a successiva misurazione, valutazione e rendicontazione in termini di risultati raggiunti per misurare la performance dell'intera Azienda.

L'elaborazione del Piano della Performance, dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance. Attraverso il Piano è possibile garantire una rappresentazione dell'Azienda in termini di pianificazione strategica e programmazione operativa in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Nello specifico il Piano evidenzia la programmazione a medio periodo (triennio) e in particolare contestualizza ed esplicita gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che porre in essere percorsi di miglioramento continuo. Aspetto particolarmente importante è la necessità di favorirne la conoscenza all'interno dell'Azienda a tutto il personale. Il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti che dirigono ed operano nelle diverse unità operative dell'Azienda aiuta a governare i comportamenti aziendali e diventa fondamentale per coordinare attività diverse verso obiettivi unitari e risultati prefissati dell'Azienda.

Le strategie e gli obiettivi correlati individuati costituiscono il punto di riferimento per la programmazione delle attività dell'Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

In sintesi il Piano della Performance ha i seguenti scopi:

- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della Performance
- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza e riporta:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'Azienda
- gli obiettivi assegnati alla dirigenza e i corrispondenti indicatori.

Nel Piano della Performance è dedicato apposito spazio in materia di anticorruzione e trasparenza che pone gli obiettivi generali concordati con la Direzione strategica, declinando alcuni obiettivi specifici di risultato mirati ad incidere sui fattori determinanti di rischio di corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il PTPC è quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel PTPC
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta un' effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda

E' in questo contesto che il PTPC si coordina con i principali strumenti della programmazione quali il Piano Attuativo Locale, il programma delle Attività Distrettuali ed il Piano di Zona.

Lo sviluppo delle azioni aziendali principali si connette con il miglioramento delle performance, dei percorsi assistenziali e la loro armonizzazione con i procedimenti amministrativi, i modelli e le misure per il contenimento del rischio.

Non si tratta quindi di un generico richiamo al collegamento del PTPC al Piano della Performance, ma di una vera e propria azione concertata tra il RPCT e il Responsabile del Controllo di Gestione, che interessa, nelle fasi di coordinamento e scelta, la Direzione strategica aziendale.

LA SC Programmazione inserisce nell'attribuzione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali gli obiettivi specifici. Essi si traducono in adempimenti classificabili come misure di contenimento del rischio o di miglioramento delle capacità di gestione dei processi.

Lo strumento di verifica del raggiungimento dei risultati passa quindi attraverso lo strumento del Ciclo della Performance ed anche dal contatto che la SC Programmazione e il RPCT tengono con i Direttori delle diverse strutture, affiancando gli stessi, monitorando il lavoro e rappresentando un riferimento di integrazione tra i diversi livelli di lettura dell'obiettivo.

Tra questi anche la definizione di tempi e responsabilità riguardante l'organizzazione dei flussi informativi per la pubblicazione di informazioni e dati relativi agli obblighi previsti nell'ambito di "Amministrazione Trasparente" (allegato 1 al PTPC).

In termini di vigilanza, l'OIV ha il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico gestionale e che la valutazione delle performance tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

2. IL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PIANO AZIENDALE ANTICORRUZIONE E I RELATIVI ATTORI

2.1 Direzione Aziendale

2.1.1 Il Direttore Generale

*L'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 prevede che **L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione.***

Come stabilito dalla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e dall'Atto Aziendale dell'ASFO, l'organo di indirizzo è costituito dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Sociosanitari. Il Piano Anticorruzione dell'ASFO (di seguito "PTPCT") è adottato con decreto del Direttore Generale su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (di seguito "RPC"). L'adozione del decreto è preceduto da riunioni, in cui l'RPC illustra al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore dei Servizi Sociosanitari i contenuti e le implicazioni attuative del PTPCT.

Pertanto il Direttore Generale:

- designa il RPCT e ne dà comunicazione all'ANAC;
- adotta il PTPCT, contenente la specifica sezione dedicata alla Trasparenza, nonché gli aggiornamenti, compresi gli eventuali aggiornamenti infrannuali;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del presente Piano;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento del ruolo del RPCT con autonomia ed effettività;
- promuove l'attuazione della strategia di prevenzione assicurando la coerenza e rispondenza ad essa di tutti gli atti di programmazione aziendale; dà indicazioni sulla necessaria e piena attuazione, con il concorso di tutti i soggetti interessati, delle misure/attività/azioni della strategia di prevenzione.

Indirizzi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dagli organi di vertice.

La legge 190/2012, all'articolo 1, comma 8, come modificato dal d.Lgs. n. 97 del 25.05.2016, recita: "L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico - gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. L'organo di indirizzo adotta il

Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno (...)."

Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso PTPC.

La definizione delle priorità strategiche deve essere pienamente ed effettivamente condivisa tra il RPCT e gli organi di indirizzo, per determinare un'impostazione efficace della strategia di prevenzione; inoltre deve necessariamente tener conto del quadro normativo di riferimento della materia, che individua i principi e contenuti fondamentali del sistema di prevenzione della corruzione e del quadro regolatorio rappresentato principalmente dagli atti predisposti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che forniscono linee di indirizzo e indicazioni metodologiche e applicative ai soggetti destinatari della normativa anticorruzione.

La Direzione strategica dell'ASFO recepisce dinamicamente gli indirizzi posti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, si pone in linea con la normativa emanata in materia, il Piano Nazionale Anticorruzione e le linee guida specifiche proposte dalla stessa Autorità.

I principali indirizzi strategici sono:

- la promozione di maggiori livelli di trasparenza, in linea con il d.lgs. n. 97 del 25.5.2016, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 190/2012 e del d.lgs. 33/2013, ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 124 del 7.8.2015, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» con la revisione degli obblighi di pubblicazione e la piena applicazione del diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria
- l'intervento sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa prevedendo l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste
- L'evoluzione del piano di riorganizzazione aziendale e la sua piena applicazione, con l'obiettivo di attivare, in collaborazione con le strutture aziendali, lo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono funzioni esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla gestione del personale e agli acquisti in sanità e a tutte le aree specifiche indicate nei PNA

Tale analisi è finalizzata a:

- identificare quali processi, in ragione della propria natura e peculiarità, risultano potenzialmente esposti a rischi corruttivi
- individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi identificati, o alle fasi degli stessi
- stabilire le priorità di trattamento dei rischi individuati, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera
- evidenziare le misure di prevenzione della corruzione già adottate, o in corso di adozione, da parte dei singoli dirigenti, a fronte dei rischi corruttivi inerenti ai processi di propria competenza
- individuare le misure più idonee, anche in termini di realizzabilità e di controllo, a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi
- il miglioramento della connessione del PTPC agli strumenti di programmazione aziendale non potendosi disgiungere la stessa dalla valutazione delle performance individuali e dell'organizzazione (Piano e Ciclo della Performance)
- lo sviluppo del grado di responsabilizzazione dei dirigenti alla partecipazione attiva all'attuazione del PTPC
- il rafforzamento del ruolo del RPCT secondo quanto disposto dai PNA, assicurando allo stesso funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico attribuito con autonomia ed effettività
- supportare l'attuazione del PTPC con gli strumenti formativi, volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema verso una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'organizzazione sanitaria

2.1.2 Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociosanitari

Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociosanitari partecipano alla predisposizione del PTPC ciascuno per gli ambiti di competenza, formulando il loro parere in merito la proposta di PTPC redatta dal RPCT.

2.2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Come previsto nell'art. 1 c. 8 l. 190/2012, il RPCT formula la proposta di decreto avente ad oggetto il PTPCT.

L'art. 1 c. 7 l. 190/2012 prevede che L'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza 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. 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. 39.

Nella circolare n. 1/2013 del Dipartimento della funzione pubblica sono stati forniti indirizzi circa i requisiti soggettivi del responsabile, le modalità ed i criteri di nomina, i compiti e le responsabilità. Ulteriori disposizioni sono contenute nei PNA 2015 e 2016.

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d. lgs n. 97/2016; la nuova disciplina è volta ad unificare in capo ad un unico soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il RPCT dell'ASFO è il dott. Sandro Santarossa, dirigente amministrativo della S.C. Affari Generali, Assicurazioni e Amministrazione del Territorio con oltre dodici anni di esperienza, senza precedenti penali e disciplinari. Si avvale del personale della S.C. medesima definendone le attività di competenza, nonché della SC Programmazione Attuativa e Controllo Direzionale e dell'Ufficio Legale, per quanto di rispettiva competenza.

Il RPCT:

- elabora la proposta di aggiornamento annuale del piano della prevenzione della corruzione triennale a scorrimento, nonché la proposta di eventuali revisioni infrannuali e la sottopone al Direttore Generale per l'adozione con atto deliberativo;
- segnala alla direzione aziendale e all'OIV le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza ed indica all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti, in particolare quelli destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- fornisce all'OIV, su richiesta dell'organismo medesimo, informazioni e documenti necessari per lo svolgimento del controllo;
- vigila sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- provvede alla verifica dell'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 con il dirigente competente, l'osservanza delle direttive aziendali in ordine alla effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in raccordo con la Direzione aziendale e i dirigenti responsabili delle risorse umane (PNA 2019, Parte 3, Cap. 2);
- provvede alla redazione della relazione annuale prevista dall'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 e dal PNA sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTCP recante i risultati dell'attività svolta, compilando la scheda standard predisposta in formato excel da ANAC; la relazione è pubblicata sul sito istituzionale dell'ASFO nella sezione Amministrazione Trasparente;
- riferisce sull'attività qualora ritenuto opportuno e su richiesta del Direttore Generale;
- per conto dell'ANAC, raccoglie informazioni/documenti e comunica l'avvio del procedimento di vigilanza sull'esatto adempimento degli obblighi dell'ASFO.

Nello svolgimento delle attività, il RPCT e i suoi collaboratori hanno autonomi poteri istruttori, potendo ad esempio direttamente acquisire documenti e provvedere all'audizione di dipendenti.

L'Azienda assicura al RPCT e ai suoi collaboratori lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento e in considerazione del suo delicato compito organizzativo e di raccordo, un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse, strumentali, finanziarie e umane, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Con riferimento alla trasparenza il RPCT ai sensi del d.lgs. 33/2013:

- svolge stabilmente attività di controllo sull'adempimento da parte dell'ASFO degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.
- predispone un'apposita sezione all'interno del PTCP in cui saranno indicati gli obiettivi di trasparenza nonché identificati chiaramente i responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati;
- controlla e assicura l'attuazione dell'accesso civico generalizzato, in relazione ai dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013 art. 5 n. 3;
- in caso di diniego dell'accesso da parte delle strutture competenti, può essere destinatario di istanze di riesame;
- segnala i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione all'UPD, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare e segnala altresì alla direzione aziendale e all'OIV gli inadempimenti ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità previste dalla normativa vigente.

Il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare è garantito dai dirigenti responsabili delle strutture aziendali ove i dati vengono generati, raccolti, conservati, elaborati, detenuti. L'inadempimento costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, anche ai fini della corresponsione di retribuzione di risultato e di trattamento accessorio collegato alla performance. E' esclusa la responsabilità del RPCT ove l'inadempimento sia dipeso da causa a lui non imputabile.

Il RPCT ha funzioni di controllo sulle attività aziendali, può accedere a documentazione o dati rilevanti per l'esercizio delle proprie funzioni ed avvalersi della collaborazione di tutte le strutture e professionalità aziendali. A seconda della materia può avvalersi dell'ausilio di esperti interni all'ASFO o della consulenza di altri RPCT o esperti esterni.

Eventuali provvedimenti di revoca del RPCT sono tempestivamente comunicati all'ANAC.

Il RPCT non può coincidere con il DPO (RPD) previsto dal Regolamento (UE) 2017/679 sul trattamento di dati personali.

2.2.1 Rapporti fra RPCT e ANAC

Il PNA 2019 sottolinea l'importanza del rapporto tra RPCT ed ANAC e dei requisiti soggettivi per la nomina e la permanenza in carica del RPCT, ponendo particolare attenzione alla condotta integerrima.

L'ANAC ritiene essenziale un costruttivo rapporto di collaborazione e interlocuzione con il RPCT. I rapporti tra RPCT ed ANAC sono infatti fondamentali per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione come declinato nella legge 190/2012.

In primo luogo si ribadisce che il RPCT deve essere una figura in grado di garantire la stessa buona immagine e il decoro dell'amministrazione. Per questo è fondamentale che la scelta ricada su un soggetto che abbia dato nel tempo dimostrazione di un comportamento integerrimo. Ciò sia nell'interesse dell'amministrazione, sia nell'interesse e a tutela del prestigio dello stesso RPCT che potrà esercitare i propri compiti con maggior autorevolezza.

L'ANAC intende valorizzare i rapporti con i RPCT che ritiene figura chiave nelle amministrazioni e negli enti per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione.

Con il RPCT l'Autorità interagisce nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla legge n.190 del 6.11.2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33 del 14.3.2013

Con la delibera n. 330 del 29.3.2017 l'ANAC ha chiarito le modalità di interlocuzione con il RPCT indicando che è al RPCT dell'amministrazione che l'ANAC si rivolge per comunicare l'avvio del procedimento di vigilanza di cui all'art.1, co. 2, lett. f), della legge 190/2012. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile per l'avvio del procedimento.

In questa fase il RPCT è tenuto a collaborare attivamente con l'Autorità e a fornire le informazioni e i documenti richiesti in tempi brevi, possibilmente corredati da una relazione quanto più esaustiva possibile, utile ad ANAC per svolgere la propria attività.

Per la predisposizione della relazione, il RPCT esercita i poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni.

Con riferimento alla vigilanza e al controllo sulla trasparenza esercitata dall'Autorità l'art. 45, del d.lgs. 33/2013 assegna ad ANAC i compiti di «controllare l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni (...) ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza» nonché il compito di «controllare l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni».

Con l'art. 43 del d.lgs. 33/2013 il legislatore ha assegnato al RPCT il compito di svolgere all'interno di ogni ente «stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli

obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, 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».

Il RPCT è il soggetto, insieme al Direttore Generale e all'Organismo Indipendente di Valutazione cui ANAC comunica l'avvio del procedimento con la contestazione delle presunte violazioni degli adempimenti di pubblicazione dell'amministrazione interessata. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile ad ANAC per valutare l'avvio del procedimento.

È evidente quindi l'importanza della collaborazione tra l'Autorità ed il RPCT al fine di favorire la corretta attuazione della disciplina sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza.

2.2.2 Rapporto tra RPCT e Comitato Unico di Garanzia

Nell'ASFO è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni con decreto del direttore generale n. 101 del 01/03/2016 come integrato dal decreto n. 157 del 21/03/2016.

La finalità del CUG è quella di garantire, nell'ambito dell'Azienda, un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, contrastare ogni forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua. Ciò al fine di favorire la razionalizzazione

nell'organizzazione e di rendere più incisiva l'azione contro le discriminazioni e i fenomeni di mobbing sul luogo di lavoro.

L'incarico di Presidente del CUG è stato affidato al dott. Michele Minuzzo.

2.2.3 Rapporto tra RPCT e Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), sulla scorta della disciplina vigente è competente per tutti i procedimenti disciplinari che prevedono l'applicazione di una sanzione superiore al rimprovero verbale, al personale afferente all'Area del Comparto, alla Dirigenza di Area Sanità, alla Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa, e alla Pianta Organica Aggiuntiva dei Servi in Delega.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 30.3.2001),
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR n. 3 del 10.11.1957; art.1, comma 3, legge n. 20 del 14.1.1994; art. 331 c.p.p.),
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento,
- opera in raccordo con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.p.r. n. 62 del 16.4.2013 "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici".

L'UPD aggiorna l'RPCT sui procedimenti disciplinari e l'esito degli stessi.

2.2.4 Rapporto tra RPCT e Responsabile della Protezione Dei Dati

Dal 25.5.2018 ha trovato diretta applicazione, sul territorio nazionale, il nuovo Regolamento Europeo (n. 2016/679) sulla privacy, approvato il 27.4.2016.

Il Regolamento disciplina la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, ed abroga la precedente Direttiva 95/46/CE.

Il principio cardine, di matrice anglosassone, introdotto dal nuovo Regolamento Europeo è quello della "responsabilizzazione" (*accountability* nell'accezione inglese) che pone in carico al Titolare del trattamento dei dati l'obbligo di attuare politiche adeguate in materia di protezione dei dati, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative, anche certificate, che siano concretamente e sempre dimostrabili, oltre che conformi alle disposizioni europee (principio della "conformità" o *compliance* nell'accezione inglese); vi è quindi l'obbligo di porre in essere comportamenti proattivi, tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del Regolamento UE.

Nell'ottica del Legislatore europeo, quindi, in materia di privacy ciascun Titolare può scegliere autonomamente il modello organizzativo e gestionale che ritiene più adatto alla propria realtà e dotarsi delle misure di sicurezza che ritiene più efficaci in quanto egli risponde delle proprie azioni e deve essere in grado, in qualsiasi momento, di darne conto verso l'esterno (il termine *accountability*, infatti, rinvia letteralmente al concetto di "resa di conto").

Con decreto n. 724 del 26.11.2020 l'ASFO ha individuato il dott. De Petris Graziano quale "Responsabile aziendale della Protezione dei Dati Personali" (c.d. "Data Protection Officer" o "D.P.O.").

Anche la nuova figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) si è inserita nei processi dell'anticorruzione.

L'ANAC, indicando di separare questa figura dalla funzione di RPCT, anche con la nomina di soggetti diversi, sottolinea che per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013. In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, di un supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici.

L'ASFO con decreto n. 723 del 26/11/2020 si è dotata del Regolamento in materia di protezione dei dati personali e obblighi documentali.

2.2.5 Rapporti tra RPCT e Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) che cura l'inserimento e l'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - 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. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

In caso di mancata indicazione nel PTPCT del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità si riserva di esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della legge 190/2012, nei confronti dell'organo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

Viene assicurato uno stretto rapporto tra il RASA e il RPCT, soggetto incaricato dell'invio in apposito format ANAC dell'avvenuta pubblicazione dei dati ai sensi della legge 190/2012. Il RPCT è tenuto a sollecitare il RASA ed in generale i diversi Responsabili Unici dei Procedimenti (RUP) ai puntuali riscontri nei confronti di eventuali segnalazioni pervenute dall'Autorità.

Come prescritto dal PNA 2019, si precisa che l'incarico di Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA), preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati in AUSA, è ricoperto dal dott. Raffaello Uliana.

2.3 Responsabili delle strutture competenti per le attività a più elevato rischio di corruzione.

Nella predisposizione del PTPC, il RPCT, in riunioni e/o comunicazioni con i Responsabili delle Strutture competenti per le attività a più elevato rischio di corruzione, trasmette le misure indicate dalla Legge n. 190/2012, dai PNA 2013, Aggiornamento 2015, PNA 2016, Aggiornamento 2017 e 2018 e PNA 2019 ed altre eventuali possibili misure, chiedendo di formulare le proprie osservazioni entro un termine congruo. Procede quindi alla predisposizione del PTPC, indicando le attività a più elevato rischio di corruzione, i rischi e le misure di contrasto. Espone il contenuto del PTPC alle strutture aziendali competenti.

2.4 I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

Al fine di consentire l'effettiva attuazione del presente PTPC, e data la complessa ed articolata organizzazione dell'ASFO, il RPCT, in attuazione di quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, individua i propri Referenti per l'anticorruzione, deputati a coadiuvarlo nella definizione e nell'attuazione delle strategie finalizzate a prevenire e contrastare fenomeni corruttivi.

Essi verificano la corretta applicazione del PTPC e agiscono su richiesta del RPCT, il quale rimane comunque il riferimento dell'intera politica di prevenzione della corruzione nell'ambito dell'Azienda.

I referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPC e sull'attuazione delle misure.

In particolare i referenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT
- partecipano al processo di gestione del rischio
- propongono le misure di prevenzione
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione.

Sono referenti del RPTC per la prevenzione della corruzione i Dirigenti con incarico di struttura e i Responsabili di piattaforma. Assumono particolare rilevanza quali referenti i seguenti Direttori e Responsabili:

Il Responsabile dell'Ufficio Legale
 Il Direttore SOC Affari Generali, Assicurazioni e Amministrazione del Territorio
 Il Direttore SOC Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri
 Il Direttore SOC Gestione del Personale dipendente
 Il Direttore SOC Approvvigionamenti e Gestione contratti beni e Servizi
 Il Direttore SOC Gestione Economico-Finanziaria e Fiscale
 Il Direttore SOC Innovazione e Gestione Tecnologie
 Il Direttore SOC Programmazione attuativa e Controllo Direzionale
 Il Direttore SODS Progettazione e realizzazione Nuovo Ospedale
 Il Direttore SOC Manutenzione Patrimonio Edilizio strutture territoriali
 Il Direttore SOC Manutenzione Patrimonio Edilizio strutture ospedaliere
 Il Dirigente SODS Gestione giuridico-amministrativa attività tecniche e patrimonio immobiliare
 Il Dirigente SOS Formazione
 Il Dirigente delle professioni sanitarie
 Il Dirigente SOS Accreditamento, qualità e risk management
 Il Direttore della SC Gestione Operativa Prestazioni Sanitarie
 Il Direttore della SC Assistenza Farmaceutica
 Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione
 I Direttori di Direzione Medica Ospedaliera
 I Direttori di Dipartimento Ospedaliero
 I Direttori di S.C. Servizio Infermieristico ospedaliero
 I Direttori di S.C. Servizio Infermieristico territoriale
 I Direttori di Distretto
 Il Direttore del DSM
 Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'ASFO, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Ente sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

I referenti oltre a partecipare allo sviluppo del PTPC e alla vigilanza sulla sua applicazione presentano al RPCT, entro il mese successivo alla scadenza di ciascun semestre di ogni anno, una relazione sulla formazione dei loro operatori, sulla necessità di adeguamenti del PTPC, sul rispetto dei termini dei procedimenti, sul conflitto di interessi, sulla rotazione degli operatori, su ogni elemento rilevante ai fini della gestione e riduzione/contrasto del rischio.

2.5 I Dipendenti e i collaboratori dell'ASFO

I dipendenti regionali sono tenuti a:

- collaborare nel processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, individuate presso la struttura di appartenenza e dall'Amministrazione regionale;
- adempiere agli obblighi del Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;

- effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare, se del caso, l'obbligo di astensione;
- segnalare i presunti illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza secondo quanto previsto dalla Legge n. 190/2012.

Il RPCT può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, direttamente o per il tramite dei rispettivi Responsabili.

Ai fini del presente Piano, per "dipendenti" si intendono coloro che sono inquadrati, con qualsiasi qualifica/categoria, nei ruoli dell'ASFO, con contratto a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

Rientrano nella medesima categoria, in analogia con l'ambito soggettivo di applicazione del Codice di comportamento, i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo) nonché i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'ASFO.

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

2.6 Responsabili delle strutture competenti alle pubblicazioni indicate nel d.lgs. n. 33/2013.

Nella predisposizione del PTPCT, il RPCT, in riunioni o comunicazioni con i Responsabili delle Strutture competenti alle pubblicazioni indicate nel d.lgs. n. 33/2013, indica le sezioni del link "Amministrazione Trasparente" in cui effettuare le pubblicazioni, le relative norme, il contenuto degli obblighi, il termine di pubblicazione e l'eventuale aggiornamento, chiedendo di formulare le proprie osservazioni in un termine congruo. Procede quindi alla predisposizione della relativa sezione del PTPCT.

2.7 Le responsabilità del RPCT, dei referenti e degli operatori aziendali

Il RPCT risponde nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1, commi 12, 13 e 14, della legge 190/2012. L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni amministrazione dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema è il principale coordinatore.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti e dei dirigenti la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente PTPC. La mancata o incompleta pubblicazione da parte dei responsabili dei servizi delle pubblicazioni previste dall'art. 1, commi 15, 16, 29 e 30, della legge 190/2012, comporta responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 30.3.2001.

La violazione dei doveri relativi all'attuazione del presente PTPC e del Codice di Comportamento, da parte dei dipendenti, convenzionati e fornitori, è fonte di responsabilità disciplinare, nonché di responsabilità civile, amministrativa e contabile quando le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di obblighi, leggi o regolamenti. Non meno importante è la responsabilità penale che può discendere dalla violazione di regole del PTPC e del Codice di Comportamento che integrino anche dei reati contro la Pubblica Amministrazione.

Le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97 del 25.5.2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni del RPCT, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del PTPC. 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 PTPC.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione, prevista all'art. 1, co. 12, della legge 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Il RPCT è esente dalla responsabilità ove dimostri di

avere proposto un PTPC con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

2.8 L'Organismo Indipendente di Valutazione

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 (art. 44 d.lgs. n. 33/2013).

L'OIV e gli altri organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio, anche attraverso la formulazione di proposte; attribuiscono concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

In particolare l'OIV:

- esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verifica anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il PTPC sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e integrità;
- verifica i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

In tale quadro la normativa vigente prevede la facoltà all'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza e di effettuare audizioni di dipendenti.

2.9 Stakeholder

In tema di prevenzione della corruzione, l'Azienda ascolta le segnalazioni e proposte di fornitori di beni e servizi, associazioni di volontario e del terzo settore, enti ed istituzioni di riferimento ed esercita a sua volta un'attività di sensibilizzazione. In particolare è stato istituito con i Decreti n. 632 del 2016 e 317 del 2017 un Tavolo permanente di confronto con le associazioni di settore sotto forma di Comitato di partecipazione. Per l'adozione del PTPCT 2021-23 è stato pubblicato nel sito web aziendale nel 2020 apposito invito agli *stakeholders* a formulare proposte/osservazioni. Non sono giunte osservazioni.

2.10 La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

La Regione attraverso le Linee di gestione del SSR definisce gli obiettivi dell'ASFO.

Con la DGR 189 del 12.02.2021 recante "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale - anno 2021. Approvazione definitiva" sono stati definiti obiettivi, azioni e tempi che le Aziende Sanitarie regionali devono realizzare nel 2021. Tali obiettivi riverberano anche sul PTPCT.

In merito alla trasparenza, nella Linea 6.6 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG, è prevista espressamente la presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM.

Alla Linea 9.5 si prevede a cura dell'ARCS la verifica della funzionalità e conformità delle procedure esistenti nella contabilità dei magazzini in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile con le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi nelle Aziende Sanitarie per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.

Alla Linea 14.2.12 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali” per permettere le opportune verifiche e i necessari riscontri in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine alle funzioni svolte dai collegi sindacali, si ricordano gli obblighi di pubblicazione degli atti sull'albo pretorio on-line, di cui alla sezione “Pubblicità legale” dei siti aziendali, in ragione delle modalità e tempistiche sancite dall'articolo 4 della legge regionale 21 luglio 1992, n. 21 (Norme per il controllo e la vigilanza sulle Unità sanitarie locali in attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e altre disposizioni in materia sanitaria e concernenti lo stato giuridico del personale regionale”) e dall'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).

Con riferimento specifico alla prevenzione della corruzione, al Punto 11.5.1.6 “Formazione manageriale e formazione specialistica tecnico — amministrativa” è prevista a cura dell'ARCS l'organizzazione di un Corso dedicato alla funzione dei Responsabili e Referenti dell'anticorruzione (livello avanzato) con la collaborazione delle Università della Regione o della SNA (Scuola Nazionale di Amministrazione).

3. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

3.1 Il processo di gestione del rischio di corruzione

3.1.1 Premesse

La prevenzione dei fenomeni corruttivi e il contrasto di ogni forma di illegalità nelle pubbliche amministrazioni continuano a rappresentare una priorità strategica ad ogni livello.

Con il presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, (PTPCT) relativo al triennio 2021-2023, continua lo sviluppo del sistema di prevenzione della corruzione che, come specificato dall'art.1, co. 9, Legge n. 190/2012, deve rispondere alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nell'art 1, comma 16, Legge n. 190/2012 e nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate nella lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge”.

Il presente Piano, in coerenza con quanto stabilito dai Piani Nazionali Anticorruzione, concorre al perseguimento degli obiettivi della strategia nazionale anticorruzione, ossia:

- ridurre le opportunità che la corruzione si sviluppi,
- aumentare la capacità di fare emergere la corruzione,
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione, sviluppandoli nelle specifiche attività di prevenzione della corruzione intraprese e da intraprendere, da parte dell'ASFO.

Per conseguire tali obiettivi occorre un approccio preventivo al contrasto della corruzione nei seguenti settori:

1. implementazione della trasparenza;
2. Vigilanza sulle attività successive alla cessazione dal servizio;
3. tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti;
4. Applicazione del codice di comportamento;
5. monitoraggio dei tempi procedurali;
6. Vigilanza sul conflitto di interesse;
7. prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (art. 35-bis, D. Lgs. n. 165/2001);
8. coinvolgimento di dirigenti, dipendenti, fornitori e consulenti, enti del terzo settore, autorità ed istituzioni pubbliche e private, ai fini di una più azione più incisiva ed efficace;
9. disciplina del conferimento e autorizzazione incarichi;
10. azioni di sensibilizzazione;
11. rotazione.
12. attività formativa sia per l'anticorruzione e la trasparenza che per l'antiriciclaggio e la privacy.

3.1.2 Metodologia per la gestione dei rischi corruttivi

Per quanto riguarda la **metodologia per la gestione dei rischi corruttivi**, è stato applicato un approccio rispondente alle indicazioni metodologiche di cui all'Allegato 1 del PNA 2019, che individua nel metodo qualitativo il criterio per la valutazione dell'esposizione al rischio corruttivo. La mappatura dei processi, la valutazione dei rischi, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione, contestualizzate nel processo di analisi, valutazione e trattamento del rischio corruttivo sono state oggetto di una ampia rivisitazione, in condivisione con i dirigenti, coerentemente con quanto indicato dall'A.N.AC.

Ciò ha comportato la rivisitazione della metodologia in precedenza in essere al fine di allineare l'attività prevista dal PTPCT e dal Piano della Performance ai principi introdotti dal PNA 2019.

Inoltre, parallelamente, sono stati semplificati e razionalizzati i processi, standardizzando quelli comuni e focalizzando l'attenzione su quelli più a rischio.

L'attività dovrà proseguire anche nel 2021 investendo il percorso di formazione comune, al fine di fornire tutti gli strumenti per censire opportunamente i processi, valutare i rischi corruttivi, individuare idonei strumenti di gestione degli stessi, evitando nel contempo appesantimenti dell'attività, non tollerabili alla luce dell'attuale crisi pandemica ed economica e della contestuale ristrettezza di risorse umane e finanziarie.

Il **processo di gestione dei rischi** può essere rappresentato come segue:

1. analisi del contesto interno ed esterno
2. mappatura dei processi
3. valutazione del rischio: identificazione e redazione del registro dei rischi, analisi e ponderazione del rischio
4. trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure di trattamento dei rischi per la loro riduzione/minimizzazione
5. redazione del Catalogo generale dei rischi e del Quadro degli interventi per strutture (con relativa consultazione dei Dirigenti/dipendenti AsFo referenti del RPTCT)

6. Comunicazione ai Dirigenti/dipendenti AsFO, Monitoraggio ed eventuale Revisione del sistema di gestione dei rischi.

Calato nella realtà dell'AsFO, l'approccio deve essere necessariamente graduale alla luce dell'attuale percorso di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie regionali, che sono chiamate in questi giorni, sulla base delle Linee di gestione del SSR approvate con apposita DGR, a predisporre la proposta di nuovo atto aziendale che dovrà essere sottoposto all'Amministrazione Regionale per la valutazione e l'eventuale modifica/integrazione secondo le prescrizioni che verranno formulate dagli organismi regionali.

Per la **Mappatura delle attività** è stato predisposto un **Catalogo generale dei processi** ed annesso **Registro dei rischi** a cui viene affiancata la Raccolta delle schede dei processi più dettagliate, soggette a progressivo affinamento nel tempo, secondo un procedimento di continuo miglioramento che tenga conto della riorganizzazione aziendale in atto e tuttora non ancora conclusa. Accanto al Catalogo generale dei processi che consente di avere una visione complessiva delle attività è stato avviato un **processo di mappatura in dettaglio attraverso apposite schede** di tutte le attività aziendali, processo che per le dimensioni e varietà dei compiti aziendali, richiede un approccio graduale e di progressivo affinamento del dettaglio, il cui esito è costituito da specifiche schede in allegato al PTPCT, per le quali è previsto il continuo aggiornamento.

Gli **indici di stima del livello del rischio impiegati**, sono indicati con il relativo codice numerico, nelle schede dei processi e sono rappresentati da:

1. Importante interesse economico "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
2. discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
3. importanti manifestazioni di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
4. opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
5. basso livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque evidenziare una opacità sul reale grado di rischiosità;
6. basso grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La **rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie** per la stima del rischio ha tenuto conto anche di precedenti costituiti da procedimenti disciplinari e precedenti giudiziari nelle aziende sanitarie, nelle p.a. in generale e nelle società private assimilabili, nelle segnalazioni e nei reclami, nei mass media, ponderati alla luce delle specificità della realtà locale e della sanità in particolare.

La **misurazione del livello di esposizione al rischio e la formulazione dei giudizi sintetici** si è basata, come detto sopra, su un approccio qualitativo: partendo dagli indicatori del livello del rischio e dai dati raccolti è stata applicata una scala di definizione del rischio in alto, medio e basso.

Nella **ponderazione del rischio**, al fine di definire le azioni da intraprendere per ridurre/minimizzare l'esposizione al rischio, si è tenuto conto della necessità di evitare misure che appesantiscano eccessivamente l'agire amministrativo per non causare nocumento all'efficienza/efficacia dell'azione

e, in ultima analisi, all'utenza, puntando sulla razionalizzazione delle misure già presenti e su interventi mirati.

Le **aree a rischio corruzione**, secondo le indicazioni intervenute nel tempo nei vari Piani Nazionali Anticorruzione, possono essere distinte in generali e specifiche; quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni, mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Classificazione aree di rischio generali e principali processi collegati.

A Acquisizione e progressione del personale (P.N.A. 2013)

B Contratti pubblici (P.N.A. 2013)

C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici diretti ed immediati (P.N.A. 2013)

D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici diretti ed immediati (P.N.A. 2013)

E Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (P.N.A. 2013)

F Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (P.N.A. 2015)

G Incarichi e nomine (P.N.A. 2015)

H Affari legali e contenzioso

I Provvedimenti restrittivi della sfera giuridica dei destinatari

ALTRE Approvazione regolamenti e procedure

ALTRE Elettorale

ALTRE Flussi informativi e comunicazione

ALTRE Gestione documentale

ALTRE Pianificazione e Programmazione

ALTRE *Pantouflage / Revolving door*

ALTRE Varie

Classificazione aree di rischio specifiche e principali processi collegati.

L Attività libero professionale intramuraria (P.N.A. 2013) – Processo: Gestione e sviluppo del personale

M liste di attesa (P.N.A. 2013) – Processo: erogazione diretta dei servizi

N rapporti contrattuali con privati accreditati e assimilati (P.N.A. 2013) – Processi: Autorizzazioni e concessioni - Vigilanza ed ispezioni - Gestione dei rapporti economici con i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie

O farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie (P.N.A. 2013) – Processo Bandi di Gara, Appalti e Contratti - Processo Gestione del patrimonio - Processo Erogazione diretta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie

P sperimentazioni (P.N.A. 2013)

Q sponsorizzazioni (P.N.A. 2013)

R attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (P.N.A. 2013) – Processo: erogazione diretta dei servizi

S Donazioni, comodati e beni in prova – Processo: gestione del patrimonio

Attività a più elevato rischio di corruzione.

Alla luce della L. n. 190/2012, dei Piani Nazionali Anticorruzione e della mappatura dei rischi effettuata a livello aziendale, le attività a rischio medio o alto di corruzione presso l'ASFO sono le seguenti:

- autorizzazione e concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo n. 50/2016; stipulazione e gestione dei contratti;

- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150 del 2009;
- comodati d'uso/valutazioni in prova;
- incarichi dirigenziali;
- incarichi ad esterni;
- sostituzioni dirigenza medica/sanitaria;
- rapporti con i soggetti erogatori;
- gestione e alienazione di beni immobili;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sponsorizzazioni;
- sperimentazioni cliniche;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- liste di attesa;
- libera professione intramoenia;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.

Valutazione e trattamento del rischio.

A seguito della ponderazione del rischio, in base ai fattori abilitanti, sono state **definite le misure da prendere** per la riduzione dello stesso identificando **i relativi Responsabili, gli indicatori e i tempi** nel Catalogo generale dei processi e nel Quadro degli interventi che ciascuna struttura dovrà attivare per la riduzione del rischio, in modo da rappresentare la gestione del rischio sia dal punto di vista dei processi che da quello delle strutture aziendali.

La comunicazione del sistema di gestione del rischio.

Una volta approntato, occorre procedere alla **comunicazione del sistema di gestione del rischio a Dirigenti, dipendenti e altri destinatari**, provvedendo inoltre ad organizzare eventi informativi/formativi, per assicurare la conoscenza e l'applicazione del sistema.

Il processo di monitoraggio e riesame del sistema di gestione del rischio.

Il **processo di monitoraggio e riesame**, nel corso dell'anno e al termine del medesimo, prevede l'analisi periodica dell'adeguatezza e dell'efficacia del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e determinare l'eventuale necessità di ulteriori azioni, anche di modifica/integrazione del sistema stesso, quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione" o modifiche normative.

3.1.3 Analisi del contesto esterno e interno

Analisi del contesto esterno con l'obiettivo di individuare i fattori che possono influire sui processi aziendali.

Con riferimento al tessuto sociale si osserva la presenza di un nucleo consistente di immigrati richiamati dalle attività produttive esistenti che comporta la necessità di attivare servizi di mediazione linguistico culturale necessari ad assicurare la tutela della salute sia dei singoli che della collettività. Per quanto attiene all'associazionismo, alle istituzioni scolastiche e formative e al mondo culturale, la Provincia di Pordenone si presenta come una realtà assai viva e ciò costituisce una risorsa per le istituzioni pubbliche e per l'Azienda Sanitaria in particolare.

Dal punto di vista economico la crisi delle attività produttive che colpisce anche la Provincia di Pordenone comporta la necessità di vigilare sulle capacità e l'affidabilità dei soggetti economici fornitori di beni e servizi.

Con riferimento ai fenomeni criminali non risultano oggettivamente elementi tali da giustificare un particolare allarme rispetto ad altre realtà del Triveneto (vedi Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta dalla DIA 2° semestre 2019 reperibile online).

Il Ministero dell'Interno, a pag. 528-530 del report citato, segnala tentativi di inserimento delle organizzazioni mafiose nel tessuto economico della Regione Friuli che si estendono, sia pure in misura più limitata, anche alla provincia di Pordenone (pag. 536-537), cosa che induce a tenere ferma l'attenzione al fenomeno.

L'emergenza COVID-19 costituisce un evento dirompente sul piano sanitario, sociale ed economico: la pandemia sta mettendo a dura prova le strutture e gli operatori sanitarie oltre a fornire opportunità di infiltrazione dell'economia criminale nella realtà locale. L'emergenza sanitaria ha impattato su un sistema economico già in difficoltà, riducendo la disponibilità di liquidità finanziaria e creando nuove sacche di povertà e di disagio sociale e psicologico. In questa situazione è auspicabile l'aumento delle risorse finanziarie pubbliche tanto in sanità come a favore delle attività produttive.

Analisi del contesto interno con riguardo, in particolare, agli aspetti dell'organizzazione e della gestione che possono influenzare il rischio corruttivo.

Politiche, valori, obiettivi e strategie.

L'Azienda, quale ente strumentale della Regione e quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza, della riabilitazione e della prevenzione, ha come propria *mission* quella di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Il modello organizzativo delineato con l'Atto aziendale individua due macro aree di responsabilità e intervento: area ospedaliera e area territoriale, entrambe declinate nei ruoli e nei compiti, tenuto conto dei diversi processi di committenza e produzione dei servizi all'utenza.

La *visione* strategica è quella di un'Azienda orientata ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

I *valori* sono l'insieme dei sistemi di riferimento comportamentali e decisionali che l'Azienda ha scelto di adottare in relazione alle proprie finalità e costituiscono il comune ed esplicito stimolo per l'azione quotidiana, per la definizione dell'organizzazione aziendale e per le azioni di verifica periodica dei processi assistenziali.

I *valori* sono i seguenti: universalità, solidarietà, equità di accesso, sostenibilità, qualità, trasparenza, responsabilizzazione, equità di genere, dignità e diritto a partecipare ai processi decisionali.

L'Azienda, in quanto parte del sistema socio-sanitario regionale e quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, della prevenzione, dell'assistenza e della riabilitazione, ha come obiettivi, intesi quali risultati concreti e misurabili da raggiungere per realizzare la propria missione in un determinato arco temporale, quelli definiti ed approvati dalla Giunta Regionale ed assegnati al Direttore Generale.

In tal senso l'Azienda persegue l'obiettivo di coniugarsi, nel metodo e negli strumenti, con gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché con la *mission* di qualità del sistema tracciata dalla programmazione regionale; l'Azienda svolge funzioni di coordinamento degli erogatori socio-sanitari all'interno dei vincoli qualitativi e quantitativi regionali promuovendo l'attivazione di sinergie e di aree vaste, principalmente in ambito provinciale, che producano economie di scala ed economie di condivisione.

I componenti degli organi di indirizzo sono stati rinnovati completamente nel 2020.

L'**Atto Aziendale e la struttura organizzativa** inoltre dovranno essere adeguati alla Legge Reg. n. 22 del 12.12.2019, anche con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e ridurre i costi di gestione. Diversi interventi, anche molto incisivi, di modificazione dell'organizzazione aziendale sono già stati approvati e sono tuttora in corso di attuazione: sono state modificate e ampliate le competenze della SC Affari Generali che è divenuta SC Affari Generali, Assicurazioni e Amministrazione del Territorio, è stata ridefinita e attivata la SC Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri, sono state rimodellate le competenze della SC Approvvigionamenti e Gestione Beni e Servizi, della SC Gestione e sviluppo Personale dipendente e della S.S.D. Gestione giuridico-amministrativa attività tecniche e patrimonio immobiliare.

I processi decisionali sono anch'essi oggetto di aggiornamento mirando alla semplificazione dei percorsi amministrativi.

Le **finalità istituzionali** dell'Azienda Sanitaria sono rigidamente eterodefinite dai Livelli Essenziali di Assistenza e comportano la responsabilità di erogare prestazioni sociosanitarie di tipi anche molto diversi, nei campi della prevenzione, cura e riabilitazione. La declinazione delle attività da svolgere è effettuata dalle Linee di gestione del SSR approvate annualmente dalla Regione con propria DGR.

Gli **obiettivi aziendali specifici** sono fissati annualmente nel Piano Attuativo Locale sulla base delle dettagliate indicazioni regionali contenute nelle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale che per il 2021 sono state fissate dalla DGR 189 del 12.02.2021.

La spesa per l'**acquisizione e la formazione delle risorse umane** è assoggettata a ferrei vincoli economici esterni ed autorizzazione regionale per le assunzioni. La necessità di acquisire nuove e ulteriori risorse umane, per colmare i vuoti aperti dai pensionamenti e soddisfare le necessità collegate a nuove competenze e alle tecnologie introdotte, conosce rallentamenti legati ai tempi necessari allo sviluppo delle relative procedure e alla scarsità delle risorse finanziarie disponibili.

Anche le **attrezzature tecnologiche** sono oggetto di rinnovo continuo compatibilmente con le ridotte disponibilità economiche.

Gli **acquisti di beni e servizi** di importo più rilevante, necessari all'operatività delle strutture aziendali, sono curati dalla centrale regionale di committenza dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) di Udine.

Le **spese di investimento** sono subordinate a specifica approvazione regionale con stanziamenti ad hoc.

Riveste particolare rilevanza la **costruzione del nuovo ospedale di Pordenone**, tuttora in corso, con riutilizzo di aree ed edifici preesistenti, affidata alla competenza di un'apposita struttura aziendale, la S.S.D. Progettazione e realizzazione nuovo ospedale.

Il patrimonio.

Il patrimonio dell'ASFO è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

La consistenza del patrimonio è rappresentata nello stato patrimoniale allegato all'ultimo Bilancio di esercizio approvato i cui dati sono esposti nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" – "Beni immobili e gestione del patrimonio".

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del comma 2 dell'art. 5 del d.lgs. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento per un'adeguata qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e, in tale prospettiva, ha la possibilità di ricorrere a tutte le possibili forme di finanziamento, incluse quelle più recenti a carattere innovativo,

quali *project financing*, *global service*, sponsorizzazioni, accettazione di donazioni e altro, nei modi stabiliti dalla legge.

Qualità e quantità del personale.

Il personale dipendente dell'ASFO al 31.12.2020 è pari a 3739 dipendenti di cui 637 dirigenti e 3102 del comparto.

Il processo di valutazione di tutto il personale in servizio presso l'Azienda è finalizzato alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa non solo ai fini delle premialità, ma anche come elemento imprescindibile nella valutazione degli incarichi.

In seguito all'entrata in vigore del d.lgs. n. 150 del 27.10.2009, si è integrato il sistema di valutazione aziendale affinché non tenesse conto solamente del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati annualmente in sede di budget, ma anche di ulteriori aspetti quali: lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini e gli utenti, la correttezza nello svolgimento del rapporto di lavoro, il grado di partecipazione alla formazione obbligatoria ed al tutoraggio.

Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale 2020-2022 è stato adottato con decreto del Direttore generale n. 150 del 17.02.2021 recante "Adozione in via definitiva del PTFP 2020-2022". Nel Piano è stato previsto il turnover fino al 2021, mentre per l'anno 2022 non è stato possibile procedere a quantificare il budget assunzionale in quanto le disposizioni di cui alla L. 26/2019 fanno riferimento al triennio 2019/2021. Inoltre le stesse annualità 2021-2022 dovranno essere modificate in occasione della redazione del PTFP 2021-2023 alla luce del mutato quadro finanziario e dei tetti di spesa assegnati all'Azienda con le linee di gestione del SSR 2021.

Quadro complessivo.

Il quadro complessivo che esce da questa breve disamina è quello di un'Azienda Sanitaria i cui processi programmatori e decisionali sono fortemente condizionati da vincoli esterni e risorse relativamente ridotte, nella quale è in corso un fondamentale processo di riorganizzazione e di ridefinizione della propria struttura attraverso un nuovo Piano Aziendale, impegnata nello sviluppo di un importante programma di acquisizione di risorse umane, con fortissimi condizionamenti legati alla necessità di rispondere alle esigenze sanitarie imposte dall'epidemia di COVID-19.

3.1.4 Mappatura dei processi. Valutazione e trattamento del rischio.

Mappatura dei processi.

Sulla base delle rilevazioni condotte utilizzando i dati raccolti con il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture organizzative aziendali, i *data base* aziendali, i documenti e i provvedimenti relativi all'organizzazione, alle competenze e alle procedure, è stato possibile condurre un'adeguata mappatura dei processi, articolata in un Catalogo generale dei processi cui si aggiungono una serie di schede di attività per struttura con maggior dettaglio, di cui si prospetta il progressivo sviluppo in direzione di descrizioni sempre più dettagliate delle attività aziendali.

3.1.4.1 Catalogo generale dei processi: le schede tecniche dei processi.

Il Catalogo generale dei processi individua le schede tecniche dei processi, ciascuno dei quali di regola coinvolge diverse strutture (ad esempio la gestione del personale interessa sia l'Ufficio personale che ciascuna struttura chiamata a gestire i processi formativi dei dipendenti, il rispetto degli orari servizio, ecc.). Al PTPCT è allegato il Quadro degli interventi che ciascuna struttura dovrà attivare per la riduzione del rischio in coordinamento con il Catalogo generale dei processi. In questo modo è possibile avere una panoramica della gestione del rischio sia dal punto di vista delle attività svolte da più strutture (Catalogo generale dei processi) sia dal punto di vista delle strutture (Quadro degli interventi che ciascuna struttura è chiamata ad attivare)

I processi individuati nel presente Catalogo sono accompagnati dal dettaglio delle fasi / attività che accompagnano ciascun processo, dall'individuazione del Rischio principale (vedi Registro dei rischi per l'elenco dei rischi individuati), da un Giudizio sintetico che esprime il livello di rischio associato a ciascun processo, dall'identificazione della/e Misura/e da applicare, del Responsabile della relativa attuazione, dall'indicatore di attuazione della misura e dai tempi di attuazione.

Il percorso che ha portato all'identificazione di tali elementi, già anticipato nelle premesse, viene esplicitato in dettaglio nei paragrafi successivi, il 3.1.4.2 sul Registro dei rischi, il 3.1.4.3 dedicato all' "Analisi del rischio" e il 3.1.4.4 "Trattamento del rischio", dove vengono illustrati i criteri impiegati.

Il processo n. 1 "Affari legali e contenzioso" - Area a rischio H

Destinatari: strutture interne, operatori economici, utenti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture con il coordinamento dell'i.p. ufficio legale.

Attività:

- Pareri legali e precontenzioso
- Costituzione in giudizio
- Atti giurisdizionali
- Transazioni
- Memorie difensive
- Controdeduzioni
- Etc.

Descrizione: comprende tutte le azioni con cui l'ASFO si costituisce come parte nei giudizi davanti a tutti gli organi giurisdizionali e nelle procedure arbitrali rituali. Nello specifico, tratta di assistenza stragiudiziale e giudiziale in generale, consulenza giuridica, precontenzioso, attività connesse alla medicina legale, all'istruttoria anche clinica di eventi avversi contestati e alle attività di risk management, attività di tipo tecnico nella fase istruttoria della difesa in giudizio, attività nella fase esecutiva della sentenza, etc. Per l'affidamento di eventuali incarichi legali vedi il Processo relativo.

| N. | FA SI | Indici | Rischio principale (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabili, output e tempi |
|----|-------|--------|------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|------|--|---|---------|---|
| 1 | 1 attivazione assistenza legale 2 Consulenze e pareri legali 3 Valutazione dell'interesse ad instaurare il giudizio 4 Impostazione della difesa in giudiziale e stragiudiziale 5 Difesa giudiziale e stragiudiziale 6 Liquidazione risarcimenti, spese, diritti 7 Liquidazione somme da percepire | 1, 2 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità dell'attività | Rischio basso per: ridotta frequenza dell'evento rischio corruttivo, ridotto rilievo di interessi economici, buona regolazione delle attività | nessuna | - |
|---|---|------|--|---|---------|---|

Il processo n. 2 “Bandi di Gara, Appalti e Contratti” - Area a rischio B

Destinatari: strutture interne, operatori economici.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture con il coordinamento delle strutture che gestiscono le procedure di appalto.

Attività:

- Contratti di concessione di lavori, beni (compresi farmaci e dispositivi medici) e servizi
- Contratti di appalto di lavori, beni (compresi farmaci e dispositivi medici) e servizi
- Contratti di acquisto o di vendita sono inclusi in una fase della gestione patrimoniale
- Rapporti con l'Istituto tesoriere
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni legate all'acquisizione di lavori, forniture e servizi ed i relativi contratti; approvvigionamento di beni, realizzazione di opere pubbliche, etc.; le azioni di disposizione di beni del patrimonio disponibile ed i relativi contratti attivi di natura privata restano inclusi in una fase della gestione patrimoniale.

| N. | FASI | Indici | Rischi (vedi registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|---------|---|--|---|--|
| 1 | 1 Programmazione 2 Progettazione 3 Scelta del contraente / adesione a gara condotta da ARCS 4 Stipula del contratto 5 Esecuzione del contratto 6 Verifiche e Rendicontazione | 1, 2, 3 | indebito vantaggio a terzi con inosservanza delle regole sulla determinazione del contenuto dei bandi, sui compiti della Commissione Aggiudicatrice, mancati controlli, utilizzo abusivo del subappalto, modifiche non giustificate al cronoprogramma, etc. | Rischio alto per elevata frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per la rilevanza degli interessi economici | 1. Rotazione Verbali, motivazione approfondita, Attività di gruppo 2. Rilevazione conflitti di interessi 3. corso sul Direttore Esecuzione Contratto 4. controllo annuale a campione | 1 e 2. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 3. Direttori Strutture e Resp. SS Formazioni e nel 2021 4. RPCT |

Il processo n. 3 “Approvazione regolamenti e procedure”

Destinatari: Responsabili di struttura.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Regolamenti
- Procedure
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni dirette all’approvazione di regolamenti e procedure.

| N. | FASI | Indici | Rischio (Vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile e tempi |
|----|--|--------|---|---|---------------------|----------------------|
| 1 | 1 Analisi dell’impatto della regolazione 2 Analisi tecnico normativa 3 Approvazione 4 Comunicazione | 2 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi in violazione dei principi di imparzialità, proporzionalità e perseguimento dell’interesse pubblico | Rischio basso per ridottissima frequenza dell’evento rischio corruttivo in altre p.a. | nessuna | nessuna |

Il processo n. 4 “Autorizzazioni e accreditamenti” – area di rischio C

Destinatari: Strutture interne, Operatori economici.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Autorizzazioni e accreditamento in senso lato (gli accreditamenti in senso stretto sono di competenza della Regione)
- Provvedimenti di secondo grado in autotutela (modifica, riforma, rettifica, proroga)
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni di autorizzazione, con e senza realizzazione di impianti ed opere, connesse all’esercizio di diritti soggettivi.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|--|---------|--|---|---|--|
| 1 | 1 Programmazione operativa 2 Ricezione istanza 3 Istruttoria 4 Autorizzazione | 1, 2, 3 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e di imparzialità di autorizzazione e accreditamento in senso lato | Rischio medio per ridotta frequenza dell’evento rischio corruttivo in altre p.a. e buona regolazione normativa delle attività | Rotazione Verbali Attività di gruppo Rilevazioni e conflitti di interesse Controllo annuale a campione | Responsabile di struttura Relazione Entro l’anno corrente RPCT |

Il processo n. 5 “Incarichi libero professionali”

Destinatari: Strutture interne, liberi professionisti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Incarichi libero professionali

- Incarichi legali e Consulenze di carattere tecnico-giuridico
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni di affidamento di incarichi.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|---|--|---|--|
| 1 | 1 Progettazione 2 Bandi interni ed esterni 3 Scelta del contraente 4 Stipula del contratto 5 Esecuzione del contratto 6 Liquidazione | 1, 3, | indebitto vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione e/o della gestione del rapporto | Rischio alto per elevata frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici pur in presenza di buona regolazione interna | Rotazione Verbali, motivazione approfondita Attività di gruppo ove possibile Controllo a campione | Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente RPTC Verbale annuale |

Il processo n. 6 “Sovvenzioni, Contributi, Sussidi e Vantaggi economici” – area di rischio D

Destinatari: Strutture interne, Operatori socio economici, utenti, Enti del Terzo Settore.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Concessione di risorse finanziarie (contributi, sussidi, vantaggi economici)
- Indennizzi
- rimborsi
- Provvedimenti di secondo grado in autotutela (modifica, riforma, rettifica, proroga, revoca, etc.)
- Etc.

Descrizione: comprende l'erogazione di risorse finanziarie per incentivare l'attuazione di progetti di comune interesse in campo socio-sanitario, la concessione di indennizzi e rimborsi all'utenza.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|--|------------|--|---|--|--|
| 1 | 1 Programmazione 2 Bandi e avvisi 3 Ricezione istanze 4 Istruttoria 5 Concessione 6 Liquidazione 7 Rendicontazione | 1, 2, 3, 4 | indebitto vantaggio o sacrificio a terzi in violazione dei principi di imparzialità, proporzionalità e perseguimento dell'interesse pubblico | Rischio medio per relativa frequenza dell'evento corruttivo in altre p.a. e presenza di interessi economici pur in presenza di buona regolazione interna ed esterna e controlli esterni | 1. Verbali e/o motivazione approfondita Rotazione e/o Attività di gruppo 2. Controllo annuale a campione | 1. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 2. RPCT |

Alla gestione dei rapporti con soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie è stato dedicato un processo a sè stante valorizzando l'importanza delle relative attività e l'opportunità di un'analisi specifica.

Il processo n. 7 “Convenzioni e protocolli di intesa” - Area a rischio C e D

Destinatari: Enti, Operatori economici, Associazioni ed Enti del Terzo Settore, Soggetti pubblici e privati.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- accordi con soggetti pubblici e privati, organizzazioni sindacali, etc.
- Protocolli di intesa
- Etc.

Descrizione: comprende gli accordi con soggetti privati e pubblici ex art. 11 e 15 della L. 241/1990 per lo svolgimento coordinato di attività di comune interesse nei settori di intervento dell'AsFO.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|---|--|---|--|
| 1 | 1 Programmazione 2 Bandi e avvisi eventuali 3 Ricezione istanze 4 Istruttoria 5 Approvazione e stipula Accordi 6 Rendicontazione | 1, 2 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali e dei principi di imparzialità e buon andamento | Rischio medio per relativamente e ridotta frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. | Rotazione Verbali Attività di gruppo Rilevazione conflitti di interesse Controllo annuale a campione | Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente RPCT |

Alla gestione dei rapporti con soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie è stato dedicato un processo a se stante valorizzando l'importanza delle relative attività e l'opportunità di un'analisi specifica.

Il processo n. 8 “Elettorale” (Consiglio dei sanitari, Rappresentanze Sindacali dei Lavoratori, tenuta seggi elettorali) - Area a rischio C

Destinatari: dipendenti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività specifiche della Struttura di riferimento (SC Affari generali, Assicurazioni e Amministrazione del Territorio, SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero) che sono trasversali alle altre.

Attività:

- Convocazioni comizi elettorali
- tenuta seggi elettorali
- Verbali di proclamazione degli eletti

Descrizione: comprende tutte le azioni propedeutiche allo svolgimento delle elezioni degli organismi elettivi aziendali.

| N. | FASI | Indici | Rischi (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|--------|---|---|---------------------|------------------------------|
| 1 | 1 Convocazione dei comizi elettorali 2 Candidature 3 Consulenza 4 Seggi 5 Diffusione dell'esito | No | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali | Processo non a Rischio per assente frequenza dell'evento rischio corruttivo | nessuna | nessuna |

Il processo n. 9 “Erogazione diretta dei servizi” – area di rischio D

Destinatari: Operatori socio-economici, Enti, singoli Cittadini.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività: sono legate per lo più a prestazioni dirette, volte ad ampliare la sfera giuridica dei destinatari attraverso l'esercizio di un diritto soggettivo.

- Servizi informativi cittadino e allo straniero
- Servizi formativi al cittadino e allo straniero
- Servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria al cittadino e allo straniero comprese le attività conseguenti al decesso ospedaliero
- Servizi economici
- Etc.

Descrizione: comprende servizi diretti mediante attività non provvedimentale, ovvero non diretta a costituire, modificare, estinguere diritti e non procedimentalizzata (es. accesso agli atti). Comprende l'esercizio diretto di servizi le cui spese fanno carico in maggior parte alla finanza pubblica e che sono assistiti da una Carta dei Servizi. Considera, ad esempio, i servizi informativi o la formazione e l'orientamento per il lavoro dei SIL, dell'URP, le prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, comprese le attività ad esse connesse come la prenotazione delle prestazioni e l'inserimento in lista d'attesa, le attività conseguenti al decesso ospedaliero, etc.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|--|--|---|--|
| 1 | 1 Programmazione 2 Erogazione della prestazione 3 Rendicontazione e/o Valutazione 4 Documentazione | 1, 2, 3, 4 | indebitto vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e di imparzialità | Rischio basso per frequenza relativamente ridotta dell'evento corruttivo in altre p.a., in presenza di buona regolazione esterna e controlli esterni (Regione, etc.) | 1.Sensibilizzazione al rispetto delle liste di attesa, 2.Applicazione linee guida sulle attività conseguenti al decesso ospedaliero 3.Verbale di controllo annuale a campione | 1 e 2. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 3. RPCT |

Il processo n. 10 “Gestione documentale” – area di rischio ALTRE

Destinatari: Strutture interne, Enti e soggetti privati.

Strutture coinvolte: processo in capo a tutte le strutture, che prevede attività trasversali alle stesse.

Attività:

- Procedimenti di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 ss L. 241/1990
- Procedimenti di accesso civico e accesso generalizzato ex art. 5 commi 1 e 2 del d.lgs. 33/2013
- Gestione del flusso documentale
- Conservazione documentale
- Protocollo, fascicolazione
- Attività di segreteria
- Scarto
- Etc.

Descrizione: comprende le azioni legate all'accesso agli atti, il flusso documentale in ingresso (protocollo, classificazione, trasmissione, archiviazione), la conservazione della documentazione, attività di segreteria, etc.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|--|------------|---|---|---------------------|------------------------------|
| 1 | 1 Raccolta 2 Analisi 3 Banche dati documentali 4 Accesso 5 Conservazione e smaltimento documentale | 1, 2, 3, 4 | indebito sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali | Processo non a Rischio per assente frequenza dell'evento rischio corruttivo | nessuna | nessuna |

Il processo n. 11 “Flussi informativi e comunicazione” – area di rischio ALTRE

Destinatari: Strutture interne, Istituzioni (Ministeri, ISTAT, Enti, etc.), utenti, Operatori socio-economici.

Strutture coinvolte: processo in capo a tutte le Strutture, che prevede attività trasversali alle stesse.

Attività:

- Elaborazioni statistiche
- Flussi di trasmissione
- Gestione delle banche dati
- Privacy
- Gestione presenze assenze e relative banche dati
- Gestione Open Data
- Pubblicazione sull'Albo Pretorio
- Promozione attività
- Etc.

Descrizione: comprende la raccolta e la sistemazione dei dati – i flussi informativi verso esterno ed interno all'Amministrazione (comunicazione istituzionale e di servizio, trasmissione dati), promozione attività, etc.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|---|--|--|--|
| 1 | 1 Raccolta 2 Analisi 3 Comunicazione 4 Conservazione banche dati 5 Scarto dati e documenti banche dati 6 Protezione dati riservati | 1, 2, 3, 4 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e di imparzialità | Rischio medio per relativamente ridotta frequenza dell'evento corruttivo, media rilevanza degli interessi economici e presenza di regolazione interna ed esterna | 1) sensibilizzazione del personale 2) rispetto misure di sicurezza dei dati | 1 e 2. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente |

Il processo n. 12 “Gestione del patrimonio” – Area a rischio E

Destinatari: Strutture interne, Operatori economici, Soggetti pubblici e privati.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- cessione a titolo gratuito di beni di proprietà
- passaggio da patrimonio indisponibile a patrimonio disponibile e viceversa
- alienazioni
- ricezione donazioni
- comodati
- beni in prova
- accatastamento
- tenuta degli inventari
- acquisizioni, dismissioni
- Etc.

Descrizione: include la gestione operativa (compresa la sicurezza), la valorizzazione, la dismissione delle risorse, etc, comprendendo anche i contatti di alienazione e di locazione non disciplinati dal Codice dei contratti pubblici. Sono inclusi beni immobili e mobili con la manutenzione ed il pagamento degli oneri collegati alla proprietà e fruizione dei beni.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|--|------------|--|--|--|---|
| 1 | 1 Programmazione 2 Acquisizione 3 Inventariazione 4 Gestione 5 Dismissione 6 Acquisizioni 7 Pagamenti 8 pubblicazioni | 1, 2, 3, 4 | 1. indebitto vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e di imparzialità 2. utilizzo a fini personali di beni e attrezzature aziendali | Rischio medio per relativamente ridotta frequenza dell'evento corruttivo in altre p.a., media rilevanza degli interessi economici e presenza di regolazione interna ed esterna | 1.Sensibilizzazione del personale 2.Rilevazione conflitti di interessi 3. Motivazione specifica delle cessioni 4.Linee guida su cessione beni 5.controllo a campione | 1, 2 e 3. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 4.Resp. Struttura nel 2021 4.RPCT, annuale |

Il processo n. 13 “Gestione e sviluppo del personale” – area a rischio A

Destinatari: Strutture interne, dipendenti, privati.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture con il coordinamento della SC Personale.

Attività:

- Programmazione dei fabbisogni
- Indizione di avvisi e concorsi pubblici
- Assunzione di personale
- Utilizzo a qualsivoglia titolo di personale (volontari, tirocinanti, ecc.)
- Elaborazione stipendi
- Offerta formativa
- Autorizzazioni alle missioni
- Autorizzazioni agli incarichi extra istituzionali
- Procedure di progressione orizzontale

• Etc.

Descrizione: include tutte le azioni di programmazione operativa annuale delle risorse, acquisizione del personale dipendente in ruolo e fuori ruolo, gestione giuridico-economica del rapporto di lavoro individuale e valorizzazione delle competenze, anche attraverso autorizzazioni di incarichi extraistituzionali, etc. Include la gestione economica delle indennità e altre provvidenze al personale, etc.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|--|---|--|---|
| 1 | 1 Programmazione 2 Bandi e avvisi 3 Prove scritte, pratiche, orali 4 Approvazione procedure di reclutamento in senso ampio 5 Contrattualizzazione 6 Gestione giuridica del rapporto di lavoro 7 Gestione economica del rapporto di lavoro 8 Rendicontazione 9 Valorizzazione delle competenze | 1, 2, 3, 4 | Indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza di regole procedurali a garanzia di imparzialità e buon andamento | Rischio alto per elevata frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici pur in presenza di regolazione interna ed esterna | 1. Verbali e/o motivazione approfondita Rotazione e/o Attività di gruppo 2. Rilevazione conflitti di interesse 3. clausola incompatibilità e pantouflage nei contratti 4. controllo annuale a campione | 1, 2 e 3. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 4) RPCT |
| 2 | 1 Valorizzazione delle competenze con autorizzazione attività/incarichi extra istituzionali | 1, 2, 3, 4 | Indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza di regole procedurali a garanzia di imparzialità e buon andamento | Rischio alto per elevata frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici pur in presenza di regolazione interna ed esterna | 1. Verbali e/o motivazione approfondita Rotazione e/o Attività di gruppo 2. controllo annuale a campione | 1. Responsabile di struttura Relazione Entro l'anno corrente 2) RPCT |
| 3 | 1 Valorizzazione delle competenze con autorizzazione alla partecipazione ad eventi di aggiornamento e formazione | 1, 2, 3, 4 | Indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza di regole procedurali a garanzia di | Rischio basso per ridotta frequenza dell'evento rischio corruttivo in | nessuna | nessuno |

| | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--------------------------|--|--|
| | | | imparzialità e buon andamento | altre p.a. e regolazione | | |
|--|--|--|-------------------------------|--------------------------|--|--|

Il processo n. 14 “Gestione economica, finanziaria e fiscale” – area di rischio E

Destinatari: Strutture interne, operatori economici, utenti, ETS, uffici dello Stato e della Regione.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture con il coordinamento della SC Gestione Economico finanziaria e fiscale.

Attività:

- Bilanci di previsione e consuntivi
- Rendiconti e report periodici
- RegISTRAZIONI contabili (impegni, liquidazioni)
- Controllo di regolarità contabile
- Gestione finanziaria (pagamenti e incassi)
- Rapporti con il Collegio dei Revisori
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni di redazione dei bilanci e relativi allegati, le loro variazioni, la gestione delle registrazioni contabili in entrata e in uscita, il monitoraggio flussi finanziari, la rendicontazione finanziaria ed economico-patrimoniale, etc. Comprende inoltre i rapporti con il Collegio dei revisori e altri enti pubblici (Stato, Regioni, Comuni, etc.).

| N. | Attività | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabili, output e tempi |
|----|---|---------------|--|--|--|--|
| 1 | 1 redazione bilanci 2 pagamenti e incassi 3 registrazioni contabili entrate e spese 4 monitoraggi e report 5 rendicontazioni 6 pubblicazioni 7 recupero crediti | 1, 2, 3 | indebitto vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali | Rischio medio per relativamente ridotta frequenza dell'evento corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici in presenza di regolazione interna ed esterna | -rotazione, rilevazione conflitti di interessi, verbali e attività di gruppo ove possibile -verbale di controllo a campione | Responsabili di struttura Relazione Entro l'anno corrente RPTC annuale |

Il processo n. 15 “Certificazioni, iscrizioni, registrazioni, abilitazioni, albi e registri” – area a rischio C

Destinatari: Operatori singoli, associati ed Enti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Certificazione, rilascio attestati
- Cancellazioni, annotazioni
- Iscrizioni al SSR, rilascio esenzione ticket
- Iscrizioni in albi o registri e relativa tenuta
- Rilascio cartelle cliniche
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni abilitative mediante iscrizione al SSR, in albi o registri tenuti dall'ASFO, l'aggiornamento periodico dei registri e il rilascio dei relativi certificati, etc.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabili, output e tempi |
|----|------|------------|-------------------------|--------------------|---------------------|------------------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|-------|--|--|--|--|
| 1 | 1 addestramento del personale 2 Ricezione istanza 3 Istruttoria 4 Iscrizione 5 Abilitazione 6 Certificazione | 1, 2, | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità | Rischio medio per frequenza relativamente ridotta dell' evento corruttivo in altre p.a. e presenza di regolazione interna ed esterna | 1.Rotazione e/o Attività di gruppo 2.Rilevazione conflitti di interesse | Responsabili di struttura Relazione Entro l'anno corrente |
|---|---|-------|--|--|--|--|

Il processo n. 16 “Vigilanza ed ispezioni” – area a rischio F

Destinatari: Soggetti pubblici e privati, Operatori socio-economici, Enti ed Organismi soggetti a vigilanza, dipendenti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Programmazione dei controlli
- Verbali di accertamento e contestazione
- Report di controllo
- Sanzioni pecuniarie, amministrative
- Sanzioni disciplinari
- Sorveglianza interna
- Etc.

Descrizione: comprende controlli esterni sul rispetto delle prescrizioni delle attività autorizzate o concesse o degli ordini emessi. Include verifiche a campione delle dichiarazioni e delle autocertificazioni, controlli ispettivi sul rispetto dei doveri del dipendente pubblico, controlli sulle attività dei soggetti vigilati (operatori economici, ecc.), etc.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabili, output e tempi |
|----|---|------------|---|---|--|--|
| 1 | 1 Programmazione attività 2 Accertamento 3 Contestazione 4 Rapporto / verbale 5 Decisione 6 Sanzione | 1, 2, 3, 4 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e di imparzialità | Rischio medio per frequenza relativamente ridotta dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici in presenza di regolazione esterna e controlli esterni | 1.Regolamentazione delle attività, Verbali e/o motivazione approfondita Rotazione e/o Attività di gruppo, rilevazione conflitti di interessi 2.Procedure scritte 3.Controllo annuale a campione | 1.Responsabile di struttura Relazione sui controlli Entro l'anno corrente 2.Resp. di Struttura 3.RPCT |

Il processo n. 17 “Incarichi e nomine” - area a rischio G

Destinatari: dipendenti, Strutture interne.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Designazioni, conferimenti di incarichi amministrativi di direzione
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni con le quali l'ASFO attribuisce discrezionalmente, previa verifica dei requisiti, funzioni amministrative di gestione delle risorse pubbliche, di controllo. Comprende le azioni di conferimento delle funzioni di direzione.

| N. | FASI | Indic | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|--|--|---|---|
| 1 | 1 Programmazione 2 Bandi e Acquisizione candidature 3 Istruttoria 4 Conferimento incarico 5 Comunicazione | 1, 2, 3, 4 | Indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza di regole procedurali a garanzia di imparzialità e buon andamento | Rischio medio per relativamente ridotta frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici | 1.Regolamenti per ridurre la discrezionalità, Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parti dei valutatori, Verbali 2.Verbale di controllo annuale | 1.Responsabile di struttura, Relazioni, Entro l'anno corrente 2.RPCT |

Il processo n. 18 “Pianificazione e programmazione” – area di rischio ALTRE

Destinatari: Strutture interne, Regione, operatori economici, utenti, Stakeholders.

Strutture coinvolte: processo di programmazione che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- Piani e Programmi
- Atti di organizzazione interna
- Intese inter istituzionali di programma e accordi di partenariato
- Coordinamento Direzione
- Tavoli tecnici,
- Tavoli di contrattazione
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni legate alla pianificazione e alla programmazione sanitaria, economico finanziaria in una dimensione di breve, medio e lungo periodo. Può prevedere il coinvolgimento degli stakeholders e la negoziazione degli obiettivi con i soggetti pubblici istituzionali (Regione, ARCS) secondo il modello di governance.

| N. | FASI | Indicatori | Rischio (vedi registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|--|------------|---|---|---------------------|------------------------------|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Piani e Programmi • Atti di organizzazione interna • Intese inter istituzionali di programma e accordi di partenariato • Coordinamento Direzione • Tavoli tecnici, | 1, 2, 3, 4 | Indebito vantaggio o svantaggio a terzi | Processo non a Rischio per assente frequenza dell'evento rischio corruttivo e per misure di trasparenza | nessuna | nessuna |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tavoli di contrattazione • Etc. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Il processo n. 19 “Ricerca e sperimentazioni” - Area a rischio P

Destinatari: strutture interne, dipendenti, operatori economici.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture con il coordinamento di Direzione sanitaria e SC Affari generali.

Attività:

- Contratti di sperimentazione
- effettuazione delle sperimentazioni
- pubblicazione dei risultati
- Etc.

Descrizione: include tutte le azioni legate alle sperimentazioni, dalla stipula di eventuali contratti, al reclutamento dei candidati allo studio, all'effettuazione degli studi, la pubblicazione dei risultati, la liquidazione dei proventi.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabil e, output e tempi |
|----|---|---------|---|---|---|--|
| 1 | 1 Programmazione 2 Verifica dell'eticità degli studi 3 Scelta del contraente 4 Stipula del contratto 5 Esecuzione del contratto 6 Rendicontazione e liquidazione dei proventi 7 Eventuale pubblicazione dei risultati | 1, 2, 3 | indebito vantaggio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità di autorizzazione, contrattualizzazione e/o gestione del rapporto | Rischio alto per elevata frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici | Riduzione della discrezionalità attraverso adozione di apposito regolamento | Responsabil e di struttura Proposta di regolamento o Entro l'anno corrente |

Il processo n. 20 “Gestione dei rapporti con soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie” – area di rischio D

Destinatari: Strutture interne, Operatori socio economici, utenti, Enti del Terzo Settore.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture.

Attività:

- verifiche successive ad autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione
- determinazione del debito
- Provvedimenti di secondo grado in autotutela (modifica, riforma, rettifica, proroga)
- Etc.

Descrizione: comprende le verifiche successive ad autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, finalizzate a garantire qualità, quantità e appropriatezza delle prestazioni erogate, rispetto delle norme su accesso e tempi di erogazione, dei minutaggi, dei debiti informativi, delle norme previdenziali, della riservatezza e della dignità dell'utenza, applicazione dei CCNL, etc.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|---|--|--|---|
| 1 | 1 presa in carico 2 verifiche 3 contestazioni eventuali 4 liquidazione 5 rendicontazione 6 pubblicazioni | 1, 2, 3, 4 | indebito vantaggio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione e/o della gestione del rapporto | Rischio medio per relativa frequenza dell'evento rischio corruttivo in altre p.a. e per rilevanza degli interessi economici in presenza di regolazione esterna e controlli esterni | 1. Verbali e/o motivazione approfondita Rotazione e/o Attività di gruppo, rilevazione conflitti di interessi 2. Gestione informatica farmaci 3. Controllo annuale a campione | 1. Responsabile di struttura Relazione sui controlli Entro l'anno corrente 2. Direttore SC Assist. Farmaceutica 3. RPCT |

Il processo n. 21 "Attività libero professionale intramuraria" – area di rischio D

Destinatari: Strutture interne, Operatori socio economici, utenti.

Strutture coinvolte: processo che prevede attività trasversali alle Strutture coordinate dalla SC Gestione personale dipendente.

Attività:

- programmazione
- raccolta domande
- autorizzazione
- verifica della regolare effettuazione delle prestazioni, degli orari e dei volumi di attività e del rispetto dei tetti
- pubblicazioni
- rendicontazioni
- Provvedimenti di secondo grado in autotutela (modifica, riforma, rettifica, proroga, ritiro)
- Etc.

Descrizione: comprende le attività collegate all'erogazione al di fuori del normale orario di lavoro dai medici e dalle altre figure professionali sanitarie autorizzate, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ASFO, per garantire prestazioni sanitarie su libera scelta degli assistiti, a fronte del pagamento da parte dei pazienti di una tariffa, con rilascio di regolare fattura da parte di AsFO.

| N. | FASI | Indici | Rischio (vedi Registro) | Giudizio sintetico | Misura da applicare | Responsabile, output e tempi |
|----|---|------------|---|--|---|--|
| 1 | 1 Programmazione e predisposizione degli spazi e delle attrezzature 2 raccolta delle domande 3 autorizzazione 4 verifiche 5 pubblicazioni | 1, 2, 3, 4 | indebito vantaggio o sacrificio a terzi con inosservanza delle regole procedurali a garanzia di | Rischio alto per significativa frequenza dell'evento rischio corruttivo nelle p.a. e | 1. Controlli sul rispetto degli orari e dei pagamenti | 1. Responsabile di struttura, Relazione sui controlli, Entro l'anno corrente |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|---|---------|
| | 6 liquidazioni 7 rendicontazione | | trasparenza e di imparzialità | per rilevanza degli interessi economici | 2. Verbale di controllo annuale campione | 2. RPCT |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|---|---------|

3.1.4.2 Registro dei rischi.

Il Registro dei rischi è stato redatto per processi, analizzando tutte le attività connesse a ciascun processo (come elencate nel Catalogo dei processi), in modo da assicurare un livello di analisi il più approfondito possibile e avendo cura di identificare ogni evento rischioso, anche i più remoti.

Le fonti informative utilizzate sono state i casi giudiziari e di cronaca, verificatosi in ASFO e in altre p.a. o in Enti privati, gli incontri, le discussioni e le segnalazioni dei Responsabili di Struttura, le risultanze dell'attività di monitoraggio interno, le segnalazioni raccolte dall'URP, gli esempi raccolti da altre p.a., la disamina dei manuali di diritto amministrativo le riflessioni sull'organizzazione aziendale e sul contesto operativo interno ed esterno.

Processo n. 1

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO – Area a rischio **H**

- Accordo fraudolento con il soggetto interessato
- Assenza imparzialità nella scelta del professionista
- Assenza di rotazione dei soggetti incaricati
- Assenza di economicità nell'affidamento dell'incarico
- Liquidazione importi superiori a quelli stabiliti dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria
- Omesso recupero spese legali
- Rinuncia alla riscossione del credito in assenza dei relativi presupposti
- Omessa acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi
- Contenzioso pilotato al fine di riconoscere vantaggi indebiti

Processo n. 2

BANDI DI GARA APPALTI E CONTRATTI – Area a rischio **B**

D.LGS. 50/2016

- Accordi collusivi tra le imprese interessate/partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti
- comunicazione indebita di informazioni sull'appalto diretta a favorire determinati operatori economici
- Manipolazione delle componenti progettuali per eludere il principio di concorrenza
- Carenza di risorse da destinare alla manutenzione ordinaria, con conseguente "allargamento" della procedura di urgenza a lavori finalizzati al ripristino dei luoghi e non strettamente connessi alla rimozione delle condizioni di rischio
- Utilizzo di una procedura di aggiudicazione non coerente con le casistiche di affidamento previste dalla normativa in materia di contratti pubblici
- Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un operatore
- Violazione dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità, concorrenza, rotazione e trasparenza
- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di

qualificazione)

- Definizione di criteri di aggiudicazione e di requisiti, tesi a favorire determinati operatori economici
- Cronoprogramma artificialmente non adeguato ai tempi e ai luoghi di esecuzione
- Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa
- Uso improprio della discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte
- Mancata verifica della validità e copertura delle cauzioni / fidejussioni definitive
- Mancata verifica dei principi di integrità nella partecipazione alle procedure di affidamento
- Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara e consentire la partecipazione di determinati soggetti
- Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni, o di realizzare lavorazioni più confacenti alle proprie capacità operative e remunerative
- Determinazione di nuovi prezzi più remunerativi per l'appaltatore
- Elusione delle regole per la corretta concorrenza ed esecuzione dei contratti
- Certificazione di opere difformi per quantità e qualità a quanto riportato nel progetto e nei documenti contabili
- Nomina del collaudatore pilotata
- Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari
- Uso improprio della proroga
- Sovradimensionamento della base d'asta, per ridurre il numero dei concorrenti, oppure per favorire alcuni partecipanti, attraverso ribassi consistenti
- Utilizzo improprio delle procedure d'urgenza, per eludere i vincoli di programmazione
- Favorire un determinato concorrente, nel corso dell'istruttoria finalizzata a verificare casi di "esclusiva" da segnalare in programmazione
- Definizione generica dell'oggetto del bando orientata a favorire determinati operatori economici
- Collusione a seguito di consulenze esterne affidate ai sensi del Codice dei contratti pubblici nella predisposizione degli atti di gara
- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di limitare la concorrenza e/o al fine di favorire un operatore
- Violazione dei criteri di esclusione dalle commissioni giudicatrici
- Elusione dei principi di corretta selezione dei contraenti pubblici nell'ambito del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa
- Violazione dei principi di integrità nella partecipazione alle procedure di affidamento
- Utilizzo improprio della revisione dei prezzi in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire indebiti guadagni
- Ripetizione fraudolenta dei pagamenti
- Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso.

Processo n. 3

ATTIVITA' REGOLAMENTARE – Processo classificato come non a rischio **ALTRE**

Il RPCT si riserva di implementare il Registro dei rischi per l'anno 2021, qualora riceva segnalazioni afferenti al processo.

Processo n. 4

AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI – Area a rischio **C**

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore

- Mancanza di trasparenza preliminare
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- Rilascio a soggetti non aventi diritto
- Concessione esenzione (totale o parziale) a soggetto non avente diritto
- Assegnazione degli spazi in assenza/diformità dei requisiti
- Alterazione istruttoria: trattamento privilegiato di interessi particolari nella verifica delle domande
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Realizzazione di interventi diversi da quelli oggetto di finanziamento
- Attribuzione impropria del contributo
- Utilizzo del beneficio economico per finalità diverse dallo scopo della concessione
- Superamento dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Manipolazioni delle dichiarazioni di spesa
- Interferenze esterne, nella fase di selezione, per ottenere agevolazioni, anche attraverso l'uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace.

Processo n. 5

CONSULENZE E PARERI - Area a rischio H

- In caso di stipula di contratto, mancata applicazione del criterio di economicità
- Accordo fraudolento con il soggetto interessato
- Assenza imparzialità nella scelta del consulente
- Assenza di rotazione dei soggetti incaricati
- Assenza di economicità nell'affidamento dell'incarico
- Liquidazione importi superiori a quanto previsto
- Omessa acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi

Processo n. 6

SOVVENZIONI CONTRIBUTI SUSSIDI E VANTAGGI ECONOMICI - Area a rischio D

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancanza di trasparenza preliminare
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- Rilascio a soggetti non aventi diritto
- Alterazione istruttoria: trattamento privilegiato di interessi particolari nella verifica delle domande
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti nell'accesso a fondi statali
- Indebita assegnazione di benefici economici
- Realizzazione di interventi/progetti diversi da quelli oggetto di finanziamento
- Superamento ingiustificato dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Manipolazioni della dichiarazione/documentazione di spesa
- Indebite interferenze esterne, nella fase di selezione, per ottenere agevolazioni

Processo n. 7

CONVENZIONI E PROTOCOLLI DI INTESA - Area a rischio **C**

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancanza di trasparenza preliminare
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti

Processo n. 8

ELETTORALE (Consiglio dei sanitari, Rappresentanze Sindacali dei Lavoratori) - Processo classificato come non a rischio **ALTRE**

Il RPCT si riserva di implementare il Registro dei rischi per l'anno 2021, qualora riceva segnalazioni afferenti al processo.

Processo n. 9

EROGAZIONE DIRETTA DEI SERVIZI - Area a rischio **C/D**

- Assenza di imparzialità (ad es. mancato rispetto delle liste di attesa)
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancanza di trasparenza preliminare
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- Rilascio a soggetti non aventi diritto
- Alterazione istruttoria: trattamento privilegiato di interessi particolari nella verifica delle domande
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Omessi controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Indebita assegnazione di benefici economici
- Realizzazione di interventi/progetti diversi da quelli oggetto di finanziamento
- Attribuzione impropria
- Superamento dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Attribuzione punteggio in modo non congruente ai criteri previsti
- Manipolazioni della dichiarazione/documentazione
- Interferenze esterne, nella fase di selezione, per ottenere vantaggi/agevolazioni indebite

Processo n. 10

GESTIONE DOCUMENTALE - Processo classificato come non a rischio **ALTRE**

Il RPCT si riserva di implementare il Registro dei rischi per l'anno 2021, qualora riceva segnalazioni afferenti al processo.

Processo n. 11

FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONE - Processo classificato come non a rischio **ALTRE**

Il RPCT si riserva di implementare il Registro dei rischi per l'anno 2021, qualora riceva segnalazioni

affidenti al processo.

Processo n. 12

GESTIONE DEL PATRIMONIO - Area a rischio E

- Mancato rispetto delle tempistiche
- Pagamenti non dovuti
- Rimborsi non dovuti
- Delimitazione errata di confini per favorire indebitamente un soggetto privato
- Informativa distorta per favorire interessi particolari
- Acquisizione non conforme alle norme di legge
- Omesso espletamento della procedura ad evidenza pubblica quando dovuta, o mancanza di adeguata pubblicità alle procedure di acquisizione o alienazione
- Alterazione della stima a danno dell'interesse pubblico
- Assenza di un adeguato livello di pubblicità della procedura avviata e assenza di imparzialità nelle procedure di affidamento/acquisto
- Divulgazione delle proposte di acquisto prima dell'esperimento della gara
- Affidamento indebito degli spazi nelle sedi di proprietà in gestione, locazione o concessione
- indebite scelte di alienazione o acquisizione di beni

Processo n. 13

RECLUTAMENTO E GESTIONE DEL PERSONALE - Area a rischio A

- Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti
- Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari
- Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione
- Progressioni di carriera aventi scopo di agevolare dipendenti particolari
- Assenza di verifica degli elementi sostanziali all'assunzione
- Individuazione degli obiettivi a ribasso
- Nomina di un candidato con requisiti non coerenti
- Favorire l'ingresso di nuovi soggetti nella pubblica amministrazione per scopi non leciti
- Trattamento non imparziale nella gestione delle informazioni atte a favorire specifico personale
- Assegnazione indebita di permessi studio
- Assegnazione indebita di particolari percorsi formativi
- Concessione di permessi ai sensi della L. 104/92 in assenza dei presupposti di legge
- Agevolazioni indebite di pensioni e liquidazioni
- Applicazione non corretta dei sistemi di incentivazione
- indebiti condizionamenti da parte o sulla Commissione per determinare contenuti ed esiti di prove, avvisi, concorsi
- predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove per favorire indebitamente certi candidati
- Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di favorire indebitamente certi candidati
- Omessa acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e incompatibilità
- Riconoscere progressioni di carriera, scatti retributivi, o incentivi premianti in assenza dei requisiti prescritti
- mancato rispetto della normativa sulla gestione del sistema di valutazione delle performance
- Mancata verifica della sussistenza di motivi di incompatibilità

- Affidamento di attività extra-ufficio quale strumento per agevolare/premiare indebitamente specifici dipendenti
- valutazione dolosamente scorretta di titoli e requisiti

Processo n. 14

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E FISCALE - Area a rischio E

- Mancato rispetto dell'ordine di precedenza acquisito per il pagamento
- Pagamento a favore di non aventi diritto
- Mancato rispetto dei tempi di pagamento
- Pagamenti non autorizzati
- validazione di incassi minori rispetto a quelli a credito
- Mancato rispetto di principi e regole di bilancio con particolare riferimento a veridicità e correttezza
- Alterazione dei dati e inserimenti nelle banche dati di dati non veritieri relativi ai pagamenti effettuati
- Omissione dei controlli

Processo n. 15

ISCRIZIONI, REGISTRAZIONI, ABILITAZIONI, CERTIFICAZIONI, ALBI E REGISTRI - Area a rischio C

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme giuridiche
- Mancanza di trasparenza preliminare
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- certificazioni a soggetti in assenza dei presupposti normativi
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti

Processo n. 16

VIGILANZA, CONTROLLI E ISPEZIONI - Area a rischio F

- Fuga di informazioni nell'ambito della fase pre-procedimentale
- Sospensione dei controlli programmati e mancato avvio dei controlli a seguito di una segnalazione
- Raccolta incompleta delle informazioni, finalizzata a orientare indebitamente l'esito del controllo
- Comminazione di una sanzione non correlata all'entità dell'irregolarità
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Manipolazione dell'elenco dei soggetti da controllare
- Accordi collusivi tra ispettore e soggetto controllato
- Manipolazione dei criteri di campionamento, per favorire o danneggiare determinati soggetti
- Falsa attestazione di un controllo non eseguito o attestazione di un controllo con esito positivo in presenza di irregolarità
- Carenze nel controllo e rendicontazione degli esiti nell'attuazione dei progetti finanziati
- Scarsa trasparenza nelle procedure di controllo
- Scarsa incidenza del controllo
- Attività ostruttive al controllo
- Estrazione fraudolenta di un campione che non intercetti tutte le potenziali criticità
- Controllo fittizio

- Controllo incarichi extra-istituzionali svolti senza autorizzazione
- Applicazione della sanzione concordata al di fuori dei casi previsti dalle disposizioni contrattuali
- Sottostima delle non conformità, per favorire il soggetto controllato.

Processo n. 17

INCARICHI E NOMINE - Area a rischio G

- assenza dei presupposti per gli incarichi e le nomine
- Carenza di controlli/verifiche dei requisiti sugli incarichi e sulle nomine dei soggetti e sulle cause di incompatibilità
- Controllo incarichi extra-istituzionali svolti senza autorizzazione
- Erronea applicazione delle norme
- Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza
- Mancato assolvimento degli obblighi di cui all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

Processo n. 18

PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE - Area a rischio ALTRE

- Scostamento dagli obiettivi definiti da documenti di programmazione regionale
- Variazioni non pertinenti rispetto agli atti di programmazione

Il RPCT si riserva di implementare il Registro dei rischi per l'anno 2021, qualora riceva segnalazioni afferenti al processo.

Processo n. 19

RICERCA E SPERIMENTAZIONI - Area a rischio P

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancato controllo dell'eticità della sperimentazione
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri
- stipula di contratti con soggetti non aventi diritto
- Mancato rispetto delle norme sulla trasparenza
- Alterazione istruttoria: trattamento privilegiato di interessi particolari nella verifica delle domande di pagamento
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Uso di falsa documentazione per agevolare taluni operatori economici
- Indebita assegnazione di benefici economici ai dipendenti partecipanti alla sperimentazione
- Superamento ingiustificato dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Manipolazioni della dichiarazione/documentazione di spesa

Processo n. 20

GESTIONI DEI RAPPORTI ECONOMICI CON I SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE - Area a rischio N

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancato rispetto delle norme sulla trasparenza
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri di pagamento

- Alterazione istruttoria: trattamento privilegiato di interessi particolari nella verifica delle domande di pagamento
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti
- Uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti
- Indebito riconoscimento di tariffe per prestazioni non erogate
- Indebito riconoscimento di tariffe per prestazioni diverse da quelle erogate
- Realizzazione di interventi/progetti diversi da quelli oggetto di contrattualizzazione
- Superamento ingiustificato dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Manipolazioni della dichiarazione/documentazione di spesa

Processo n. 21

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - Area a rischio L

- Assenza di imparzialità
- Erronea applicazione delle norme in vigore
- Mancata/scorretta applicazione dei criteri di autorizzazione
- Alterazione istruttoria
- Abuso nel diniego di provvedimenti
- Carenza di controlli/verifiche
- Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace
- prestazioni a soggetti non aventi diritto
- effettuazione di prestazioni non registrate
- Uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti
- Indebito riconoscimento di emolumenti per prestazioni non erogate o diverse da quelle erogate
- svolgimento di prestazioni diverse da quelle oggetto di contrattualizzazione
- Superamento ingiustificato dei termini previsti per il rilascio del provvedimento
- Manipolazioni della dichiarazione/documentazione di presenza fuori orario

3.1.4.3 Analisi del rischio

L'analisi del rischio è partita dalla **definizione dei fattori abilitanti del rischio corruttivo**, condotta anche sulla base delle indicazioni raccolte presso i Responsabili delle strutture aziendali oltreché avvalendosi delle rilevazioni e delle riflessioni condotte in merito ai rischi stessi. Di fattori abilitanti può parlarsi con riferimento a scarsa trasparenza delle attività, regolamentazione scarna, confusa o, all'opposto, eccessiva, scarsa o inadeguata formazione degli operatori, alternarsi di molti operatori in breve tempo o viceversa presenza di un unico operatore per molto tempo, scarsità di risorse umane a fronte di un gran numero di compiti da svolgere, scarsi o inadeguati controlli, ecc.

Individuata una serie di fattori abilitanti si è proceduto a definire **gli indici di stima del livello del rischio**:

1. Importante interesse economico "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
2. discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
3. importanti manifestazioni di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;

4. opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
5. basso livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque evidenziare una opacità sul reale grado di rischiosità;
6. basso grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Si è proceduto quindi, sulla base di dati e delle informazioni disponibili, alla **misurazione del livello di esposizione al rischio** e alla formulazione di un motivato **giudizio sintetico** riportato nel Catalogo dei processi visto nel precedente paragrafo 3.1.4.1.

In base alla ponderazione del rischio effettuata e alle relative motivazioni, per ciascun processo, è stata elaborata e inserita nel Catalogo dei processi la **Misura da applicare**, è stato identificato il **Responsabile della relativa attuazione**, l'**Indicatore di attuazione della misura** e i **Tempi di attuazione**.

Ulteriori specifiche riflessioni sui rischi e sulle misure di riduzione dei rischi sono esplicitate nei paragrafi da 8 a 21, con riferimento alle aree di rischio e ai settori relativi ad Autorizzazioni e concessioni, Contratti, Attività libero professionale intramuraria e Liste di attesa, Acquisizione e Gestione del Personale, Rapporti con i soggetti erogatori, Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, Sperimentazioni cliniche, Attività conseguenti al decesso ospedaliero, Concessione ed erogazione di sovvenzioni, Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, Vigilanza, Monitoraggio dei termini dei procedimenti.

3.1.4.4 Trattamento del rischio

Sulla base della mappatura dei processi e dell'identificazione e dell'analisi dei rischi sono state quindi individuate le misure di trattamento del rischio, articolandole in misure generali e specifiche, avendo cura di evitare di appesantire l'attività delle strutture con misure generiche e difficilmente realizzabili e puntando a selezionare misure agevoli da applicare e sostenibili, capaci di neutralizzare/ridurre i fattori abilitanti e adatte alla specificità dei processi/attività e delle strutture cui vengono applicate.

Le misure generali, meglio descritte nel paragrafo 6, possono essere identificate in:

- disposizioni in merito alla rotazione del personale (vedi Paragrafo 6.1);
- circolare in materia di conflitto di interessi;
- controllo a campione da parte del RPCT sull'applicazione delle misure;
- *whistleblowing* (vedi Paragrafo 6.2);
- regolamentazione dell'accesso alle strutture sanitarie da parte di informatori farmaceutici e di dispositivi medici (vedi Paragrafo 6.4);
- informatizzazione dei processi;
- formazione e aggiornamento del personale;
- Codice di comportamento aziendale.

Le misure specifiche fanno riferimento all'adozione di verbali, motivazioni approfondite, attività di gruppo, sensibilizzazione del personale su aspetti specifici dell'attività, rilevazioni di dati predittivi, applicazione di linee guida dedicate, controlli ad hoc, ecc.

La definizione delle misure è stata accompagnata dall'identificazione del Responsabile dell'attuazione, dell'indicatore di realizzazione e dei tempi, che è possibile rinvenire nel Catalogo dei processi e nel Quadro degli interventi di riduzione del rischio per struttura.

3.1.5 La comunicazione del sistema di gestione del rischio.

Una volta approntato il sistema di gestione del rischio, si procede a comunicare **ai dipendenti** dell'AsFO l'indirizzo web presso il quale è possibile visionare e scaricare, assieme al PTPCT, il Quadro degli interventi che ciascuna struttura dovrà attivare per la riduzione del rischio corruttivo. Il PTPCT 2021-23 viene trasmesso **ai Dirigenti di Struttura e agli altri referenti** del RPCT. Contestualmente verranno organizzati eventi informativi/formativi dedicati **ai Dirigenti di Struttura e al personale AsFO** per assicurare la conoscenza e l'applicazione del sistema.

3.1.6 Il processo di monitoraggio e riesame del sistema di gestione del rischio

Il **processo di monitoraggio e riesame**, nel corso dell'anno e alla fine del medesimo, è un momento fondamentale per analizzare periodicamente l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e determinare l'eventuale necessità di ulteriori azioni, anche di modifica/integrazione del sistema stesso.

L'obiettivo è quello di verificare il funzionamento del sistema stesso e la sua efficacia: i risultati delle verifiche interne, delle azioni di monitoraggio e delle indagini, nonché delle valutazioni di efficacia (della formazione, dei controlli e di tutte le azioni intraprese per affrontare i rischi, ecc.), le segnalazioni di irregolarità e atti corruttivi anche a carico di altre p.a., possono fornire un quadro di dettaglio dello stato di attuazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e quindi permettere di stabilire ulteriori azioni necessarie.

La Legge n. 190/2012 prevede che il RPTC provveda "alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione" o modifiche normative.

L'attività di riesame del Piano può comportare, in particolare, a revisione del Piano o di singole parti, con riferimento alla gestione del rischio, riprogrammando le azioni relative a tutti gli aspetti necessari a ridurre il rischio.

3.2 ATTUAZIONE E MODIFICA DEL PIANO AZIENDALE ANTICORRUZIONE

Il PTPCT è uno strumento di programmazione pluriennale progressivamente strutturato e implementato con l'indicazione di obiettivi, attività ed azioni, che ingloba misure di prevenzione, coordinando gli interventi per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità.

Il PTPCT è un programma di attività, con individuazione delle aree di rischio, dei rischi specifici e delle misure da implementare in relazione a questi; è adottato con provvedimento del Direttore Generale e viene portato a conoscenza delle Strutture competenti alla sua attuazione ed implementazione tramite incontri e comunicazioni, oltre che attraverso la pubblicazione nel sito aziendale.

I contenuti del PTPCT sono risultanza dell'esame del contesto interno, delle regole di organizzazione, delle prassi di funzionamento, in relazione all'analisi dei processi e alla mappatura di attività e rischi connessi.

Le fasi principali del processo sono:

- analisi del contesto;
- valutazione del rischio (identificazione, analisi, ponderazione);
- trattamento del rischio.

Fondamentale appare il PNA 2019, recentemente approvato dall'ANAC, nel quale si prevede la progressiva applicazione di un sistema di analisi, valutazione e trattamento del rischio rinnovato rispetto alle indicazioni precedentemente fornite nei Piani Nazionali. L'adeguamento alle indicazioni del PNA 2019, approvato con Delibera ANAC 1064 del 13.11.2019, deve tener conto delle prescrizioni dettate dalla Legge reg. n. 22 del 12 dicembre 2019 di riorganizzazione del SSR della Regione Aut. Friuli Venezia Giulia e, in particolare, delle prescrizioni in materia di programmazione, *governance*, organizzazione e assistenza sociosanitaria di ampia portata. Nel corso del periodo di vigenza del presente PTPCT si provvederà all'adeguamento alle disposizioni del PNA 2019, in

stretta collaborazione con i Direttori delle Strutture aziendali, e nel quadro della menzionata Legge Reg. 22/2019 di riforma del SSR.

Sono tenuti all'attuazione del PTPCT, nell'ambito dei propri ruoli e competenze, i Responsabili delle Strutture competenti e i dipendenti assegnati alle attività a più elevato rischio corruttivo.

I dirigenti responsabili delle strutture aziendali hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione e di mitigazione del rischio, nonché della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regolamentazioni, procedure e direttive aziendali nei confronti dei dipendenti assegnati alla struttura.

I dirigenti responsabili delle strutture dell'AsFO per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono idonee misure di prevenzione e contrasto della corruzione/illegalità e l'introduzione/implementazione di adeguate forme di verifica e controllo;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano e attuano le misure contenute nel PTCPT e ne controllano il rispetto da parte del personale afferente;
- propongono la programmazione di specifiche attività formative in materia, in collaborazione con il RPCT e con la competente struttura;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- 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 (art. 16 c. 1 l-quater d.lgs. n. 165/2001).

L'attuazione del PTCPT viene indicata quale obiettivo incentivante dei Responsabili delle Strutture competenti e dei dipendenti assegnati alle relative attività. La mancata attuazione, oltre al difetto di attribuzione dei compensi incentivanti, può comportare responsabilità dirigenziale o disciplinare.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza 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. 1 c. 7 L. n. 190/2012).

Il RPCT provvede alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art. 10 lett. a) L. n. 190/2012).

L'art. 1 c. 8-bis della l. n. 190/2012 prevede che 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.

4. ATTIVITA' A PIU' ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

Alla luce della L. n. 190/2012, dei Piani Nazionali Anticorruzione e delle mappature dei rischi effettuate a livello aziendale, le attività a più elevato rischio di corruzione (rischio medio o alto) presso l'ASFO sono le seguenti:

- autorizzazione e concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo n. 50/2016; stipulazione e gestione dei contratti;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150 del 2009;
- comodati d'uso/valutazioni in prova;
- incarichi dirigenziali;
- incarichi ad esterni;
- sostituzioni dirigenza medica/sanitaria;
- rapporti con i soggetti erogatori;
- gestione e alienazione di beni immobili;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sponsorizzazioni;
- sperimentazioni cliniche;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- liste di attesa;
- libera professione intramoenia;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.

5. STRUTTURE COMPETENTI PER LE ATTIVITA' A PIU' ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE

Le Strutture competenti per le attività a più elevato rischio di corruzione sono le Strutture indicate nell'Atto aziendale dell'ASFO per le materie di competenza e le Strutture che comunque gestiscano attività a più elevato rischio di corruzione:

- Ufficio Legale,
- SC Gestione e Sviluppo Personale Dipendente,
- SS Sviluppo Organizzativo e Gestione Relazioni Sindacali,
- S.S.D. Gestione Giuridico-Amministrativa Attività Tecniche e Patrimonio Immobiliare,
- SC Manutenzione Patrimonio Edilizio Strutture Territoriali,
- SC Manutenzione Patrimonio Edilizio Strutture Ospedaliere,
- SSD Progettazione e Realizzazione Nuovo Ospedale,
- Sc Innovazione e Gestione Tecnologie,
- SC Approvvigionamenti e Gestione Beni e Servizi,
- SC Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri,
- SC Programmazione attuativa e Controllo direzionale,
- SC Affari Generali, Assicurazioni e Amministrazione Del Territorio,
- SC Economico Finanziaria e Fiscale,
- SS Formazione,
- SS Accreditamento, Qualità e Risk Management,
- Direzioni Mediche Ospedaliere,
- Dip. Ospedalieri,
- Direzione Servizi Sociosanitari,
- SC Cure Intermedie,
- Distretti,
- Dip. Prevenzione,

- Dip. Dipendenze,
- Dip. Salute Mentale,
- SC Neuropsichiatria Infantile,
- SC Assistenza Farmaceutica,
- Servizio Prevenzione E Protezione,
- SS Benessere Organizzativo e Sorveglianza Sanitaria Dei Lavoratori,
- SSD Direzione Area Tecnici Del Comparto,
- Servizio Epidemiologia,
- SC Direzione Assistenza Infermieristica Ospedaliera,
- SSD Organizzazione Dei Blocchi Operatori Aziendali.

6. MISURE GENERALI DI CONTRASTO

Per i processi a più elevato rischio di corruzione sono adottate le seguenti misure generali di contrasto;

- disposizioni in merito alla rotazione del personale (vedi cap. 6.1);
- circolare in materia di conflitto di interessi del personale addetto ad attività ad elevato rischio di corruzione;
- controllo a campione da parte del RPCT sull'applicazione delle misure; in caso di criticità, sentita la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV;
- *whistleblowing* (vedi cap. 6.2);
- regolamentazione dell'accesso alle strutture sanitarie da parte di informatori farmaceutici e di dispositivi medici (vedi cap. 6.3);
- informatizzazione dei processi, al fine di agevolare tracciabilità, conoscibilità e monitoraggio;
- formazione di tutto il personale avente ad oggetto l'anticorruzione e il codice di comportamento, con programmi distinti per il personale sanitario e il personale amministrativo/tecnico;
- Codice di comportamento aziendale, inteso come strumento generale di prevenzione della corruzione; il Codice attuale ha confermato la sua validità nel corso della sua applicazione: è prevista comunque in corso d'anno l'analisi della sua applicazione in funzione della sua revisione;
- Informazione, predisposizione e diffusione di linee guida e buone pratiche; la SC Affari Generali trasmette agli Uffici interessati la documentazione ed i provvedimenti dell'ANAC, dell'AGENAS e del Legislatore, in materia di trasparenza e anticorruzione, oltre a predisporre e diffondere linee guida e buone pratiche, introducendo, soprattutto a favore di dipendenti che operano nei settori con più alto rischio corruttivo, strumenti di lavoro che facilitino la lettura dell'applicazione di normative statali e uniformino le azioni della loro applicazione.

6.1 Rotazione del personale

La legge n. 190/2012 individua alcune misure di carattere preventivo, previste anche nel PNA, tra cui la rotazione del personale nelle attività ad alto rischio corruttivo, che costituisce uno strumento di forte validità nel contrasto alla corruzione (rotazione ordinaria) almeno per le figure e specializzazioni che siano fungibili (per diverse figure tecniche, come avvocati ed ingegneri, risulta di più complessa applicazione). La modulazione degli incarichi dirigenziali quanto alla loro durata costituisce la premessa giuridica, presente nella disciplina vigente sugli incarichi dirigenziali, per la rotazione dei dirigenti.

Si sottolinea peraltro che diverse figure di Direttori, Responsabili di Struttura e Incaricati di funzione si sono avvicendati nel corso degli ultimi cinque anni a rotazione a causa delle riorganizzazioni aziendali conseguenti, dapprima, all'accorpamento dell'azienda ospedaliera con l'azienda territoriale, operata secondo le previsioni della Legge regionale n. 17/2014, e in seguito, della riforma

del Servizio Sanitari Regionale, conseguente alla Legge regionale 17 dicembre 2018 n. 27 e alla Legge regionale 12 dicembre 2019 n. 22. La riforma ha visto importanti cambiamenti anche nelle competenze di molte strutture. A questo si aggiungono i comandi di diversi Direttori di Struttura Complessa. Questi eventi hanno comportato mutamenti nella titolarità di diverse strutture di primaria importanza come quelle che si occupano di Gestione del personale, Assicurazioni, Relazioni sindacali, Programmazione controllo.

L'ASFO compatibilmente con le sue specialità, l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo alle strutture, riconosce validità al principio di rotazione, finalizzato a prevedere che nei settori maggiormente esposti al rischio corruzione sia assicurata l'alternanza del personale, specie in relazione ai responsabili di procedimento e a componenti / segretari di commissioni di valutazione.

Per quanto riguarda la rotazione del personale impiegato in uffici che gestiscono processi individuati come esposti al rischio, risulta necessario impostare la questione perseguendo soluzioni rispettose sia dei principi in materia di spostamento del personale quanto di quelli che promuovono il buon funzionamento della P.A., tali da non perdere le potenzialità della misura in questione. Ciò in primis prevedendo criteri oggettivi di sostenibilità della rotazione, che tengano conto anche della necessità di formazione ed affiancamento del personale.

L'applicazione della misura non risulta agile e si scontra con la generale situazione di carenza di personale e di richiesta di crescente professionalità e specializzazione, che è ancora più pregnante proprio nei settori considerati a maggiore rischio.

Peraltro giova ricordare che il criterio di rotazione non può che concernere le sole professionalità fungibili, come già attestato anche dalla giurisprudenza.

In base al PNA 2019 l'ASFO deve indicare criteri, periodicità, caratteristiche della rotazione (funzionale/territoriale) e strumenti alternativi, modalità di verifica della rotazione stessa e metodologia di programmazione (pluriennale). A tal fine si rinvia alla proposta di Linee guida in materia presentata il 06.12.2019 alla Direzione Generale, che dovrà essere comunque oggetto di adeguata informazione alle OOSS (ANAC ha precisato che ciò non comporta l'apertura di negoziazioni in materia). La proposta di Linee guida sulla rotazione ordinaria è allegata al presente PTPCT.

Da tale rotazione (rotazione ordinaria) va distinta la rotazione straordinaria prevista dall'art. 16, comma 1, lett. I-quater, del d.lgs. n. 165/2001 secondo cui «I dirigenti di 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». Al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza; a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti, b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. I-quater del d.lgs. 165/2001. L'amministrazione è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale ovvero al trasferimento del dipendente ad altro ufficio nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata, rilevi che la condotta del dipendente oggetto del procedimento penale o disciplinare sia di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs. 165/2001). Nel caso di personale non dirigenziale, la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, mentre per il personale dirigente, o equiparato, comporta la revoca dell'incarico dirigenziale (motivo per cui la legge prevede una motivazione rafforzata) e, se del caso, l'attribuzione di altro incarico.

Tenuto conto della rilevanza dell'esigenza e della complessità della questione, è auspicabile l'adozione di un Regolamento aziendale della rotazione ordinaria e straordinaria del quale è già stata presentata una proposta in Direzione a cura del RPCT.

6.2 Whistleblower

Il d.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 179/2017, con l'art. 54 bis prevede un'accentuata 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: lo scopo della norma è quello di far emergere fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione.

Al dipendente sono equiparati lavoratori e collaboratori di imprese che provvedono a fornire beni servizi e opere per l'ASFO.

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. Dunque, il dirigente e il RPCT che ricevono una segnalazione di illecito hanno l'obbligo di adottare tutte le precauzioni necessarie affinché sia tutelato il segnalante e non sia rivelata la sua identità nel procedimento disciplinare: tale tutela è sancita anche dall'art. 13, comma 9 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Il dirigente che riceve la segnalazione la trasmette al RPTC. Tutti coloro che sono in possesso di tali informazioni hanno altresì l'obbligo di mantenerle riservate: la violazione di tale prescrizione, in quanto dettata dal Piano, può comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

La L. 179/2017 ha previsto delle ulteriori tutele specifiche per gli autori di segnalazioni di reati o irregolarità stabilendo che il dipendente che segnala, al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile, le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione sarà a carico dell'amministrazione. L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. Inoltre, l'ANAC applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute. Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.

Le nuove disposizioni valgono non solo per tutte le amministrazioni pubbliche, inclusi gli enti pubblici economici e quelli di diritto privato sotto controllo pubblico, ma si rivolgono anche a chi lavora in imprese che forniscono beni e servizi alla PA.

Inoltre, secondo quanto previsto dall'articolo 2 della recente legge, la nuova disciplina allarga anche al settore privato la tutela del dipendente o collaboratore che segnali illeciti o violazioni relative al modello di organizzazione e gestione dell'ente di cui sia venuto a conoscenza per ragioni del suo ufficio.

L'articolo 3 del provvedimento introduce, in relazione alle ipotesi di segnalazione o denuncia effettuate nel settore pubblico o privato, come giusta causa di rivelazione del segreto d'ufficio, professionale, scientifico e industriale, nonché di violazione dell'obbligo di fedeltà all'imprenditore, il

perseguimento, da parte del dipendente che segnali illeciti, dell'interesse all'integrità delle amministrazioni alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni.

L'Anac, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante

In tema di whistleblowing saranno studiate azioni di sensibilizzazione sui diritti e sugli obblighi relativi alla segnalazione delle azioni illecite, sia attraverso la formazione diffusa prevista per tutto il personale sia attraverso la formazione relativa al Codice di comportamento del personale. E' stato adottato, anche alla luce della L. n. 179/2017, un Regolamento, allegato al presente Piano, per definire i percorsi interni di raccolta delle segnalazioni e attività conseguenti, e si è proceduto ad informare, parallelamente alle azioni formative, i dipendenti sull'utilizzo dello strumento, sul diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione e sulle modalità e procedure da seguire per effettuare le segnalazioni, anche attraverso sistemi informatici.

6.4 Regolamentazione dell'accesso alle strutture sanitarie da parte di informatori farmaceutici e di dispositivi medici

In coerenza con le Linee di gestione del SSR, l'AsFO ha adottato specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.

6.5 Formazione

La formazione è uno strumento indispensabile per prevenire fenomeni corruttivi nelle amministrazioni pubbliche. La legge 190/2012 prevede che i percorsi di formazione siano strutturati a due livelli: un livello generale relativo all'organizzazione di iniziative destinate a tutto il personale sui principi dell'etica e della legalità e un livello specifico relativamente all'organizzazione di iniziative rivolte alle figure più direttamente coinvolte nella prevenzione della corruzione (il responsabile della prevenzione, i referenti, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione).

Il RPCT, unitamente ai Dirigenti individua:

- a) le materie oggetto di formazione
- b) i dipendenti che svolgono attività nelle aree ad elevato rischio di corruzione
- c) il grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione
- d) le metodologie formative
- e) l'individuazione dei docenti, che dovranno aver svolto attività in pubbliche amministrazioni nelle materie/attività a rischio di corruzione, ovvero, essere degli esperti di dette materie/attività
- f) il monitoraggio dell'attività di formazione svolta e dei risultati.

Nel 2020 l'emergenza COVID-19 ha impedito nel primo semestre l'organizzazione dei previsti sei incontri formativi che non è stato possibile tenere in presenza a causa del pericolo di diffusione del virus e nemmeno organizzare a distanza a causa del notevole impegno richiesto al personale nella cura di pazienti. Nel secondo semestre è stato possibile organizzare solo un programma di formazione ridotto a causa della seconda ondata che ha colpito la popolazione.

I corsi hanno riguardato prevenzione della corruzione, diritti e doveri dei dipendenti e tutela della riservatezza. I partecipanti ai corsi sulla prevenzione della corruzione sono stati 120, fra sanitari e amministrativi, oltre a coloro che hanno partecipato ai corsi sui diritti e i doveri del dipendente (37 partecipanti in due edizioni) e ai corsi sulla tutela della Privacy ((25 amministrativi e 21 sanitari in tre edizioni), per complessivi 203 operatori.

Le schede di rilevazione somministrate ai Direttori delle Strutture a più alto rischio hanno confermato il fabbisogno formativo, i contenuti e le modalità finora utilizzate senza porre particolari ulteriori rilievi.

Non state infatti evidenziate esigenze specifiche e ulteriori rispetto a quelle già soddisfatte con il programma formativo a suo tempo adottato.

Per il 2021 sono confermati, pertanto, sei incontri formativi annuali dedicati al personale sanitario e sei incontri formativi annuali per il personale amministrativo, sanitario e tecnico dedicato ad attività di ispezione/controlli/sanzioni e/o di concessione di contributi o beni. Gli incontri formativi saranno tenuti da personale interno a causa della scarsità di risorse disponibili. In tali incontri verranno affrontate, fra gli altri, anche le fasi di costruzione del PTPC e casi concreti tratti dalle cronache e dalla giurisprudenza. Al personale partecipante verrà somministrato un questionario comprendente anche la rilevazione delle esigenze formative.

E' prevista inoltre la partecipazione al programma di formazione FAD sul codice di comportamento, coordinato dall'ARCS e sostenuto da fondi regionali, che interesserà tutti quei dipendenti che, per motivi organizzativi, hanno difficoltà a frequentare i corsi in aula, in particolare i dirigenti medici.

Si ritiene inoltre di attivare un percorso formativo specifico dedicato ai dirigenti e funzionari delle aree ad alto rischio, con riferimento in particolare alla prevenzione della corruzione nelle procedure di acquisizione di lavori, forniture e servizi.

7. MISURE SPECIFICHE DI CONTRASTO

Per le attività ad elevato rischio di corruzione di seguito indicate, oltre alle misure generali, sono adottate una serie di misure specifiche di contrasto specifiche ai seguenti processi di cui vengono analizzate le problematiche e le soluzioni prospettate con un orientamento specifico al settore della sanità.

8. AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Salvo quanto stabilito in relazione agli eventi rischiosi connessi a autorizzazioni/concessioni specifiche, si evidenzia quanto segue.

Per quanto riguarda la fase dell'emanazione di autorizzazioni o di concessioni di competenza aziendali, salvo quanto stabilito in relazione ad autorizzazioni/concessioni specifiche, può configurarsi il rischio di preferire o sacrificare determinati soggetti, violando il principio di parità di trattamento.

Nella fase di esecuzione dell'autorizzazione/concessione, può esserci il rischio di attribuzione di vantaggi o sacrifici indebiti all'autorizzato/concessionario.

Può esserci in entrambe le fasi il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nel procedimento.

8.2 Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'AsFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con i carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente, alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda l'attività autorizzata/concessa, all'atto di autorizzazione/concessione. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9. CONTRATTI RELATIVI A LAVORI, SERVIZI E FORNITURE EX D.LGS. N. 50/2016

9.1 Programmazione

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Mancata indicazione nei provvedimenti di programmazione di acquisizioni programmabili e conseguente loro affidamento in urgenza in via diretta.

Mancato accorpamento nei provvedimenti di programmazione di acquisizioni ad altre analoghe e conseguente loro affidamento in via diretta per valore.

Ulteriori azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Far sottoscrivere patti d'integrità per l'affidamento di lavori, servizi e forniture quale parte integrante del contratto (compatibilmente con gli strumenti informatici disponibili nel caso di procedure d'acquisto informatiche, in particolare per quelle di importo ridotto). Inserire negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere d'invito la clausola di salvaguardia comportante l'esclusione dalla gara e la risoluzione del contratto in ipotesi di mancato rispetto del patto di integrità.

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con i carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

Come prescritto dal PNA 2019, si precisa che l'incarico di Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA), preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati in AUSA, è ricoperto dal dott. Raffaello Uliana.

9.2 Procedure per l'affidamento di contratti di valore inferiore alla soglia comunitaria

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Violazione del principio di concorrenzialità. Mancato rispetto del principio di rotazione. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

L'ASFO ha dotato nel 2020 un Regolamento per l'acquisizione di forniture e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'AsFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con i carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo

aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.3 Procedure per l'affidamento di contratti di valore superiore alla soglia comunitaria

Le procedure in esame sono condotte dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) in base alle necessità e alle specifiche segnalate dalle Aziende Sanitarie regionali. Vedi in merito anche il paragrafo 9.7 dedicato al sotto processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori.

9.3.1 Indizione (progettazione) della gara di valore superiore alla soglia comunitaria

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Possono verificarsi i seguenti eventi rischiosi:

- violazione del principio di concorrenzialità, con particolare riguardo a:
 - fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;
 - indicazione di caratteristiche minime di beni/servizi e di requisiti minimi di idoneità professionale, capacità economico-finanziaria, capacità tecniche-professionali diretti ad escludere o ridurre la concorrenza;
 - in caso di offerta economicamente più vantaggiosa, indicazione di un eccessivo punteggio per la qualità, che consenta una maggiore discrezionalità di scelta.
- conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.3.2 Selezione del contraente

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Violazione del principio di concorrenzialità. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.3.3 Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Violazione del principio di concorrenzialità. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura. In questa fase, gli eventi rischiosi attengono, ad esempio, all'alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Specularmente, un altro evento rischioso consiste nella possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.

Rileva, altresì, la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.4 Affidamenti diretti e Procedure negoziate

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Affidamenti diretti in assenza dei presupposti. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura. Affidamenti diretti in via d'urgenza di acquisizioni in realtà programmabili.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con le risorse a disposizione e i carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.5 Rinnovo/proroga del contratto

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Gli eventi rischiosi possono consistere in illegittimi rinnovo o proroga del contratto. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi al contratto, alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità al contratto, alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

9.6. Esecuzione e rendicontazione del contratto

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Pagamento di importi non dovuti e/o attribuzione di altri vantaggi indebiti alla ditta quali ad esempio:

- pagamento di importi non dovuti o sottratti alla tracciabilità e/o attribuzione di altri vantaggi non dovuti alla ditta;
- conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura (ad esempio l'attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti; il rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera;
- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento lavori rispetto al crono programma;
- abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara);
- l'approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'onere introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio;
- con riferimento al subappalto, un possibile rischio nella mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore;
- l'apposizione di riserve generiche;
- il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.

Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

L'esecuzione contrattuale deve essere conforme al contratto, alla normativa vigente e a eventuali determinazioni generali dell'ANAC (es. Linee Guida).

Attivazione di corsi di formazione sulla Direzione dell'Esecuzione del contratto.

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità a tali fonti. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

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

Le attività relative alla programmazione e acquisizione di beni e servizi si svolgono ai sensi della normativa vigente nel contesto sancito dal legislatore nazionale e regionale (d. lgs 50/2016) ed in costante relazione con CONSIP e con ARCS (ex EGAS).

Quest'ultimo ente è stato in particolare costituito al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia di una serie di funzioni e svolge per conto del Servizio Sanitario Regionale funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, che avviene principalmente sulla base della programmazione derivante dalle indicazioni contenute nelle Linee Guida annuali regionali e della conseguente redazione del Piano Attuativo Locale dell'AsFO.

L'AsFO procede quindi alla programmazione dei fabbisogni di beni e servizi, comunicandoli periodicamente, per lo svolgimento delle relative procedure, all'ARCS, nonché svolgendo autonomamente le procedure per le acquisizioni in conformità al contesto sopra delineato e alle indicazioni operative emanate da ARCS e dalla Direzione Centrale Salute della Regione.

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Violazione del principio di concorrenzialità. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura. Per la fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni possono rilevare il mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti e la mancata o non chiara definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e la definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate). Ciò può comportare la parziale comunicazione con la centrale, generando una progettazione e un'aggiudicazione non allineata con i reali fabbisogni oppure l'aggiudicazione di prodotti che non corrispondono alle esigenze e che non verranno poi acquisiti; l'elusione degli obblighi di adesione causata dall'assenza di strumenti e procedure di verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati; il mancato rispetto o utilizzo dei vocabolari o delle codifiche previste dalla centrale porta alla formulazione di un fabbisogno non chiaro che può inficiare la corretta progettazione della gara da parte delle centrali; l'effettuazione di acquisizioni autonome in presenza di strumenti messi a disposizione dalla centrale, causato dal mancato monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale stessa.

Per la fase di adesione possono rilevare rischi legati ad una non corretta analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, al fine di dichiararne la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati o con le esigenze di appropriatezza dell'utilizzo dei prodotti; la definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; il mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il bisogno.

Per la fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti possono emergere rischi legati alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento; al mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; la mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano, da un lato, la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale e, dall'altra, possono essere utilizzati al solo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili; l'effettuazione di acquisizioni di prestazioni complementari che modifichino sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalle centrali.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Devono essere attuati utilizzo di verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

10. DONAZIONI E COMODATI D'USO, ANCHE IN PROVA, DI BENI MOBILI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

L'acquisizione di un bene mobile in donazione o in comodato, anche in prova, può comportare il rischio che la donazione o il comodato siano diretti all'acquisto da parte dell'Azienda in via diretta di beni di consumo forniti in esclusiva dal donante con relativa violazione del principio di concorrenzialità.

Misure di contrasto

Va verificato e dato atto nella motivazione del provvedimento di accettazione che la donazione/comodato non è diretta all'acquisto di materiale di consumo fornito dal donante/comodante.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). Al Direttore della SC Innovazione e Gestione Tecnologie è demandata la redazione nel 2021 di Linee guida su comodati d'uso di beni.

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Importanti è anche la realizzazione di iniziative di Sensibilizzazione del personale e le attività di Rilevazione dei conflitti di interessi oltre alla redazione di Linee guida sulle attrezzature in conto visione/comodati d'uso/valutazione "in prova" a cura del Direttore della SC Innovazione e gestione Tecnologie.

In ASFO viene tenuto un *data base* delle attrezzature in comodato e in messa in prova.

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11. PERSONALE

11.1 Responsabilità diffusa

Tutto il personale aziendale partecipa attivamente alla gestione del rischio e concorre al rispetto delle prescrizioni contenute nel PTPC, osservando le misure contenute, incluse le disposizioni del codice etico e di comportamento e segnalando le situazioni di illecito e/o di conflitto di interessi al proprio dirigente Responsabile di Struttura.

Il Responsabile di Struttura riveste, tra le altre funzioni assegnate, quella di raccordo e coordinamento tra il personale e i soggetti della strategia di prevenzione aziendale, in primis con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Responsabile di Struttura ha il compito di promuovere il rispetto delle regole previste nel PTPC e nel Codice di comportamento e di vigilarne l'osservanza.

Il personale di nuova assegnazione deve essere informato sugli obblighi di comportamento e sulle conseguenze della violazione. Il rispetto delle suddette misure costituisce elemento rilevante anche ai fini della valutazione del superamento del periodo di prova.

11.2 Incompatibilità, inconferibilità, pantouflage

Il D. lgs 39/2013 e s.m.i. recante disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi, ha disciplinato in particolare le ipotesi di inconferibilità in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza (pantouflage, revolving doors) e per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione. Tali ipotesi sono verificate attraverso il controllo dell'insussistenza di cause specifiche di inconferibilità.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, il soggetto cui viene conferito l'incarico è tenuto a scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla p.a. che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione di carica di componente di organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi tra loro incompatibili e se riscontrata nel corso del rapporto deve essere contestata all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni, pena la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro (art. 19 d.lgs. n. 39/2013).

L'AsFO per mezzo della struttura preposta alla gestione e acquisizione del personale, verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D. Lgs 39/2013, all'atto del conferimento dell'incarico e annualmente nel corso del rapporto.

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

I destinatari di condanna anche con sentenza non passata in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione, non possono:

far parte di commissioni per l'accesso o selezione a pubblici impieghi;

far parte di commissioni per la scelta del contraente;

essere assegnati anche con funzioni direttive agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni servizi e forniture, alla concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici.

L'AsFO per mezzo della struttura preposta alla gestione e acquisizione del personale provvede ad effettuare i controlli sui precedenti penali d'ufficio o mediante autocertificazione resa dall'interessato ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

Nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi inserirà espressamente la clausola in virtù della quale la sussistenza di precedenti penali, anche non definitivi, per delitti contro la pubblica amministrazione, costituisce condizione ostativa al conferimento dell'incarico.

Di particolare rilievo la recente novella legislativa del cd "Decreto Sotegni" che aggiunge il comma 464-bis alla Legge 178/2020, con cui, al fine di accelerare la campagna nazionale di vaccinazione e di assicurare un servizio rapido e capillare nell'attività di profilassi vaccinale della popolazione, sospende, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività vaccinale, la clausola di incompatibilità con altri rapporti di lavoro ed il divieto di cumulo di impieghi e incarichi per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale che aderisce all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario di servizio. Al momento della redazione del PTPCT tale deroga non era estesa ai tamponi.

Pantouflage-revolving doors.

Per quanto concerne l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors), il rischio valutato dalla L. 190/2012, che introduceva il nuovo comma 16 ter dell'art. 53 del D. Lgs 165/2001, è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose e sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere, successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, un'attività per lui vantaggiosa presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di servizio, rivolta a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione cioè coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento ex art. 125 commi 8 e 11 D. Lgs 163/2006, titolari di posizioni organizzative e/o di funzioni di coordinamento). L'art. 21 del D. Lgs 39/2013 ha ampliato i destinatari del divieto, includendo anche quei soggetti esterni, titolari di uno degli incarichi previsti nell'art. 53 c. 16 ter del D. Lgs 165/2001 con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

I destinatari della norma nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività del dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

Il pantouflage può riguardare anche dipendenti a tempo determinato e lavoratori autonomi e personale del comparto che abbia partecipato alla formazione di atti autoritativi o negoziali.

L'AsFO per mezzo della struttura preposta alla gestione e acquisizione del personale provvede ad inserire apposita clausola nei contratti di lavoro dipendente o autonomo che comportino poteri autoritativi/negoziali ovvero la relativa attività istruttoria che preveda il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente o del soggetto equiparato ai sensi del D. Lgs 39/2013 nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali.

Parimenti, nei contratti di appalto/fornitura è inserita una clausola che preveda il divieto di utilizzare il dipendente/collaboratore dell'AsFO che abbia svolto funzioni autoritative/negoziali ovvero la relativa attività istruttoria per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

11.3 Criticità relative al personale

La struttura preposta alla gestione del personale, nello svolgimento delle competenze assegnate potrebbe incorrere, nell'ambito delle attività definite ad alto rischio, in queste criticità:

- inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
- progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;
- motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.

Per quanto riguarda gli incarichi di vertice e di Dipartimento/Struttura, inoltre il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'AsFO può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale, con la conseguenza possibile che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso.

Sullo svolgimento di incarichi soprattutto se extra istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario, possono realizzarsi situazioni di conflitto di interesse che compromettono il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questo motivo la L. 190/2012, art. 1, comma 42, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici di cui all'art. 53 D. lgs 165/2001.

La predisposizione di regolamenti e Linee guida costituisce un efficace strumento di riduzione della discrezionalità e di prevenzione del rischio corruttivo a patto di evitare regolamentazioni eccessivamente analitiche di difficile applicazione che ingessino l'attività e siano controproducenti. In materia di personale si segnalano i seguenti regolamenti in uso presso l'ASFO:

- regolamento in materia di affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali dell'area professionale tecnica e amministrativa,
- regolamento per l'affidamento ad avvocati esterni di incarichi per l'assistenza e patrocinio legale, secondo le indicazioni fornite da ANAC con le linee guida 12/2018,
- regolamento in materia di mobilità interna del personale del comparto,
- regolamento sui criteri e sulle modalità di conferimento degli incarichi di funzione.

L'adozione e la revisione periodica del Piano del fabbisogno di personale costituisce un altro elemento che contribuisce alla riduzione del rischio.

11.4 Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150/2009.

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, favorendo uno o più candidati rispetto agli altri. Conflitto di interessi di soggetti con ruoli decisionali e operativi nella procedura.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11. 5 Incarico di direttore di dipartimento

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, con provvedimento motivato e su proposta del Direttore Sanitario o del Direttore Amministrativo, a seconda degli ambiti di competenza e afferenza, ed è scelto tra i dirigenti con incarico di Struttura Complessa all'interno del dipartimento stesso.

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, favorendo un candidato rispetto agli altri.

La procedura di conferimento dell'incarico su descritta potrebbe configurare eventuali rischi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, l'AsFO deve orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti misure di contrasto.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'AsFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.6 Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

L'incarico di Direttore di Distretto, struttura qualificata come struttura operativa territoriale, viene conferito dal Direttore generale nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente e con le modalità definite in apposito Regolamento aziendale.

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un candidato rispetto agli altri.

La procedura di conferimento di tale incarico, ai sensi dell'art. 3 sexies del d.lgs. 502/1992, presenta un maggior livello di competitività, essendo più ampia la platea dei potenziali aspiranti in ragione dell'esperienza maturata nei servizi territoriali e dell'adeguata formazione nella loro organizzazione. In questo ambito, fatte salve le eventuali specifiche discipline regionali, è opportuno, per le medesime ragioni enucleate con riferimento agli incarichi di cui al paragrafo precedente, che vengano adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a garantire i principi di imparzialità e parità di trattamento, attraverso apposite procedure selettive improntate a tali principi e, più in generale, al principio di buona amministrazione. Sarebbe auspicabile al riguardo, mutuare buone prassi già adottate da altre regioni/aziende sanitarie confluite, in parte, nelle indicazioni che seguono e che per tale ambito si richiamano, quali misure di prevenzione, ove non previste come obblighi da eventuali norme/discipline regionali.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.7 Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un candidato rispetto agli altri.

In particolare:

- Per quanto concerne gli eventi rischiosi nelle procedure di assegnazione dell'incarico, nella fase di definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.
- Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi *ad interim* o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.
- Tra i principali rischi connessi alla fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi o di mancata pubblicità delle operazioni di sorteggio dei componenti.
- Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, vi è il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati. In particolare la preordinazione di criteri di valutazione calati sul curriculum professionale di un particolare candidato potrebbe prevedere una sovra valutazione di determinate esperienze a danno di altre, con conseguente sproporzione nell'assegnazione dei punteggi in funzione di una professionalità specifica già individuata. In questo caso il lavoro svolto dalla commissione andrà monitorato proprio per scongiurare un tanto, attraverso anche la predisposizione in sede di bando, di un profilo il più dettagliato possibile, che focalizzi con precisione la reale necessità di quella particolare professionalità ricercata dall'azienda, in modo da non lasciare margini eccessivi di interpretazione in sede di valutazione, con il conseguente rischio poi di vedere nominato un direttore non tecnicamente idoneo alla direzione della struttura.
- Nella fase di definizione dei profili vi è d'altro canto il rischio di uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici).
- Nella fase di individuazione dell'incaricato all'interno della terna selezionata dalla commissione serve poi che il Direttore Generale nel nominare il Direttore della Struttura Complessa in caso si discosti dal candidato con il maggiore punteggio, motivi la propria scelta in modo rigoroso e non attraverso argomenti ridondanti e tautologici, ma evidenziando elementi sostanziali che inducano a ritenere opportuna una scelta che si discosti dal punteggio, seppure all'interno di una terna di professionalità ritenute idonee.
- Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.8 Incarichi di direzione di struttura semplice

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base inserita nella struttura complessa o nel Dipartimento. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento) e tipologia (nel rispetto degli standard per l'assistenza ospedaliera e territoriale).

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7 quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa, in questo ambito, sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi. Questa tipologia di incarico presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se non quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale (CCNL), sicché è più frequente riscontrare in questo ambito una certa variabilità di prassi regionali e/o aziendali sia nelle procedure di conferimento che nella durata degli incarichi (nei limiti del range stabilito da tre a cinque anni).

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un candidato rispetto agli altri.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.9 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Tali tipologie di incarichi costituiscono gli elementi di base offerti dalla normativa contrattuale su cui costruire percorsi di sviluppo delle carriere dirigenziali, secondo le politiche proprie dell'ASFO.

Il conferimento di tali incarichi è rimandato alla predeterminazione di criteri generali, da sottoporre anche al confronto con le O.O.S.S. e ricalca un sistema metodologico armonico ed integrato che dovrebbe essere alla base della valorizzazione delle risorse umane.

La valutazione delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche di competenza, sia all'esperienza maturata in AsFO o in altre aziende, anche attraverso percorsi di studio, ricerca, che riguardo ai risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati, costituiscono i criteri base per l'assegnazione di tali incarichi.

Si potrebbe configurare il rischio che tali criteri ed altri ulteriori eventualmente individuati dall'AsFO non vengano accostati all'Atto aziendale e eventualmente agli strumenti di programmazione aziendale, così non assicurando una corrispondenza tra attività da fare e professionalità utile ad attuarla.

La procedura potrebbe altresì configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un soggetto rispetto agli altri.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.10 Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti e adeguatamente motivate le relative procedure avuto riguardo delle seguenti misure.

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un soggetto rispetto agli altri.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

11.11 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d. lgs. 502/1992

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa. A tale fattispecie si è fatto un progressivo diffuso ricorso negli ultimi anni da parte delle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle afferenti alle regioni sottoposte ai c.d. piani di rientro. In tali regioni, infatti, la perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del turn over ha determinato, invero, un incremento del ricorso a tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione specie per taluni ruoli apicali oggetto di conferimento ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992. Tuttavia, a fronte del prevalente interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, sotteso al ricorso a incarichi afferenti a tale tipologia, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.

Ancorché tale modalità non risulti al momento prevista presso l'AsFO, al fine quindi di supportare le organizzazioni sanitarie nell'individuazione di possibili rischi e relative misure di prevenzione, si forniscono anche per questo ambito raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni - , valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni.

La procedura potrebbe configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un soggetto rispetto agli altri.

Misure di contrasto

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Verbali, rotazione e attività di gruppo ove possibile.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

12 RAPPORTI CON I SOGGETTI EROGATORI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Per quanto riguarda l'autorizzazione allo svolgimento di attività sanitaria, possono esserci rischi di rilasciare autorizzazioni improprie, favorendo il soggetto autorizzato.

In particolare, un evento rischioso potrebbe rinvenirsi nel mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività.

Per quanto riguarda l'accreditamento, possono esserci rischi di definire e gestire la relativa convenzione in modo da favorire il soggetto accreditato.

In particolare, sia in caso di autorizzazione che di accreditamento, possibili eventi rischiosi risiedono nei ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive. In relazione all'attività ispettiva, potenziali rischi riguardano la composizione opportunistica dei team incaricati; la disomogenea esecuzione delle attività ispettive stesse e la redazione dei relativi verbali (ad esempio alterazione dei verbali di ispezione); le omissioni e/o irregolarità nelle attività di vigilanza. Specifiche misure di prevenzione sono, ad esempio, la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento; la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive; la rotazione degli ispettori; la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo. Nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra le aziende e i soggetti accreditati, eventi rischiosi sono rappresentati dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, dall'assenza o inadeguatezza delle attività di controllo.

Può esservi altresì il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura nei confronti del soggetto da autorizzare/autorizzato o del soggetto da accreditare/accreditato.

Misure relative ai rapporti con i soggetti autorizzati

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

Rotazione, verbali e attività di gruppo ove possibile.

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda il rilascio dell'autorizzazione, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la gestione dell'autorizzazione, sulla conformità all'autorizzazione e alle eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

Misure relative ai rapporti contrattuali con i soggetti accreditati

Proposta di adozione di Linee guida per la stipula di convenzioni e protocolli di intesa nei casi con impatto economico più rilevate come quelli relativi a prestazioni di riabilitazione o di specialistica ambulatoriale e ricoveri a cura del Direttore della SC Affari Generali e della SC Gestione Prestazioni Sanitarie entro il 2022.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

Rotazione, verbali e attività di gruppo ove possibile.

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda l'accreditamento, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la gestione dell'accreditamento, sulla conformità all'autorizzazione e alle

eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

Effettuazione di controlli di qualità e appropriatezza sulle cartelle cliniche delle strutture accreditate da parte di un nucleo aziendale formalizzato secondo modalità definite da una procedura regionale, con format di verbale standard, e invio di report annuale alla regione dei dati.

13. GESTIONE DEI BENI IMMOBILI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Per quanto riguarda la procedura di alienazione o di concessione/locazione a titolo oneroso di beni immobili aziendali, può configurarsi il rischio di violazione del principio di concorrenzialità.

Per quanto riguarda la concessione/comodato di beni immobili a titolo gratuito, può configurarsi il rischio di preferire determinati soggetti, violando il principio di parità di trattamento.

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Nella fase di esecuzione della concessione, inoltre, sia essa a titolo oneroso o gratuito, può esserci il rischio di attribuzione di vantaggi non dovuti al concessionario.

Può altresì configurarsi il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

Sensibilizzazione del personale.

Adozione di Linee guida, in particolare per alienazione e concessione/locazione di immobili.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Rilevazione conflitti di interessi. Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'AsFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda l'alienazione/concessione/comodato, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la loro gestione, sulla conformità al contratto/concessione e alle eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

14. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI MEDICI E ALTRE TECNOLOGIE, SPONSORIZZAZIONI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Il settore dei farmaci, dei dispositivi medici, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci e dei dispositivi medici, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Per quanto riguarda in particolare il bene farmaco e le relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consente la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Misure di contrasto

Per quanto riguarda l'acquisizione dei farmaci e dei dispositivi medici, si rinvia alle misure indicate nei paragrafi relativi agli acquisti di beni.

Per quanto riguarda la gestione dei farmaci:

- Gestione informatizzata del magazzino.
- Prescrizione informatizzata del primo ciclo di terapia con completa tracciabilità del farmaco erogato al paziente in dimissione.
- Prescrizione informatizzata del farmaco erogato presso i servizi ospedalieri e territoriali è interfacciabile con un sistema di prescrizione, compatibilmente con la fornitura dell'applicativo da parte di Insiel.
- Monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale su dati ricavati sia dalla lettura ottica delle ricette spedite dalle farmacie convenzionate sia dal "Sistema tessera sanitaria" con cadenza trimestrale e semestrale in particolare sulla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto.
- Analisi dell'associazione farmaco-paziente in caso di anomalie.
- Regolamentazione dell'accesso in azienda degli informatori scientifici.

Per quanto riguarda le sponsorizzazioni delle sperimentazioni cliniche, controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, sulla conformità al regolamento aziendale, alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida). In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

15. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Sia nella fase diretta alla stipulazione del contratto di sperimentazione che in quella della sua gestione, può configurarsi il rischio di avvantaggiare la ditta farmaceutica. Il rischio di incentivazione indebita del consumo di farmaci viene mitigato dall'intervento del Comitato Etico Regionale in sede di autorizzazione della sperimentazione.

Può altresì configurarsi il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura. Inoltre può verificarsi il rischio di determinazione in difetto delle ore di lavoro necessarie alla sperimentazione che non devono essere calcolate nell'orario di servizio.

Misure di contrasto

Adozione a cura della SC Affari Generali del nuovo regolamento aziendale delle sperimentazioni cliniche comprensivo dei criteri per l'utilizzo delle risorse derivanti dalle sperimentazioni cliniche.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda l'autorizzazione alla sperimentazione, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la gestione della stessa, sulla conformità al contratto di sperimentazione e alle eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

16. ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

In caso di decesso in ambito ospedaliero, può configurarsi il rischio che gli operatori aziendali segnalino ai parenti del defunto una determinata ditta di onoranze funebri, così inquinando il relativo mercato.

Presso l'AsFO la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione dei PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari - connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Per quanto riguarda gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Misure di contrasto

Circolare interna sui rischi di responsabilità per gli operatori aziendali che segnalino ai parenti del defunto una determinata ditta di onoranze funebri.

Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida in materia di attività conseguenti al decesso.

17. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA E LISTE DI ATTESA

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, si possono configurare i seguenti rischi:

- favorire l'erogazione di prestazioni in tale regime rispetto a quella in regime istituzionale;
- che il sanitario svolga tale attività in orario di servizio ovvero che utilizzi impropriamente risorse aziendali al fine dell'attività stessa.

In particolare:

- per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale *intramoenia* (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nelle false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo

svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Per quanto riguarda la gestione delle liste d'attesa, può configurarsi il rischio di assegnare indebite priorità a determinati utenti.

Può altresì configurarsi il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto per quanto riguarda l'ALPI

Obbligo di prenotazione delle prestazioni in LP di regola tramite call-center attraverso lo strumento delle agende informatizzate o farmacie convenzionate oppure on-line, con progressiva riduzione delle eccezioni consentite.

Progressiva definizione del rispetto degli orari tetto di prestazioni "eseguibili" in regime libero professionale da monitorare periodicamente a cura della SC Gestione Prestazioni Sanitarie e della SC Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri.

Applicazione della DGR n. 1815 del 25.10.2019 "Approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021".

Adozione del Regolamento dell'ALPI dell'AsFO.

Verifica del rispetto del corretto rapporto tra tempo in attività istituzionale e tempo in attività libero-professionale a cura della SC Gestione Prestazioni Sanitarie e della sc Direzione Amministrativa di Presidi Ospedalieri.

Pubblicazione elenchi dei professionisti che operano in LP.

Gli atti autorizzativi devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda l'autorizzazione, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la sua gestione della stessa, sulla conformità alla stessa e alle eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

Controlli sistematici tramite gli applicativi delle presenze/assenze e delle prenotazioni, al fine di evitare la sovrapposibilità dell'attività in ALPI con quella istituzionale.

Misure di contrasto per quanto riguarda le liste d'attesa

L'Azienda promuove il governo delle liste d'attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle migliori prestazioni sanitarie, in un luogo e con una tempistica adeguati, nonché la sicurezza delle stesse, mediante l'individuazione di strategie per la gestione delle criticità, in conformità del Piano nazionale di governo delle liste di attesa.

L'Azienda tramite la SC Gestione Prestazioni Sanitarie attua misure di controllo sui percorsi di erogazione delle prestazioni anche tramite gli erogatori privati accreditati, per rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie e perseguire quindi la riduzione ed il rispetto dei tempi di attesa e assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate.

Controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, compatibilmente con carichi di lavoro, degli esiti del monitoraggio da parte della SC Gestione Prestazioni Sanitarie e della SC Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri e del rispetto degli obblighi di pubblicazione in tema di trasparenza. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

18. CONCESSIONE ED EROGAZIONE DI SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, AUSILI FINANZIARI, NONCHÉ ATTRIBUZIONE DI VANTAGGI ECONOMICI DI QUALUNQUE GENERE A PERSONE ED ENTI PUBBLICI E PRIVATI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

La liquidazione di importi diversi da quelli spettanti (es. rimborso spese a paziente previsto dalla legge), può comportare vantaggi economici o sacrifici indebiti.

Può altresì configurarsi il rischio di conflitto di interessi di soggetti con ruoli nella procedura.

Misure di contrasto

Rotazione, motivazioni approfondite, verbali e attività di gruppo ove possibile.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto. Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura procedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda l'attribuzione del vantaggio economico, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda la gestione dello stesso, sulla conformità all'atto di attribuzione del vantaggio economico e alle eventuali ulteriori normativa/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

19. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere o pagamenti e incassi indebiti in tutto o in parte.

Misure di contrasto

Rotazione, rilevazione dei conflitti di interessi, verbali e attività di gruppo ove possibile.

Le Linee di gestione del SSR 2021 prevedono controlli e interventi correttivi da parte dell'ARCS sulla contabilità di magazzino.

Controllo a campione da parte del RPC e dei suoi collaboratori, compatibilmente con i carichi di lavoro, sulla regolarità delle registrazioni/rilevazioni. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

Quale misura di riduzione della discrezionalità e prevenzione della corruzione, con Decreto n. 818 del 24.12.2018, è stato adottato il Regolamento aziendale degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale, disciplinante i criteri di individuazione, le funzioni, gli obblighi e le responsabilità degli Agenti Contabili nonché i modelli contabili predefiniti per la resa del conto giudiziale e la documentazione da produrre a corredo dello stesso.

Le Linee annuali di gestione del SSR per il 2021 prevedono alla Linea 8.3 "Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato" che i sistemi informatici della Gestione Economico Finanziaria e Economato vengano configurati nel corso del 2021, in maniera omogenea per tutte le Aziende Sanitarie, assicurando in questo modo un sistema di tracciamento delle operazioni e di messa in sicurezza delle operazioni contabili.

20. VIGILANZA, CONTROLLI, ISPEZIONI, SANZIONI

Tali attività afferiscono prevalentemente a:

- Dipartimento di Prevenzione per le attività di vigilanza/controllo/sanzioni (NB le aree Veterinaria e della Sicurezza Alimentare sono sottoposte periodicamente ad audit regionale in attuazione della normativa nazionale ed europea: ciò riduce il rischio);
- S.C. Assistenza Farmaceutica per le funzioni di vigilanza attribuita dalla L.R. n. 43/1981 (la vigilanza è effettuata da commissioni composte da una pluralità di membri con componenti in parte esterni: ciò riduce il rischio);
- Nucleo di valutazione aziendale (la vigilanza è effettuata da un nucleo composto da una pluralità di membri: ciò riduce il rischio);
- S.C. Gestione prestazioni sanitarie, alla quale è attribuito il mandato di assicurare la valutazione sulla corretta codifica delle prestazioni, la valutazione e il controllo delle prestazioni sanitarie assicurate in particolare dagli erogatori privati accreditati e della mobilità sanitaria, avvalendosi anche del “Nucleo per l’attività di controllo delle prestazioni sanitarie” (la vigilanza è effettuata da un nucleo composto da una pluralità di membri: ciò riduce il rischio);
- Distretti per le funzioni di verifica e di controllo presso le strutture convenzionate che insistono nel territorio di loro competenza.

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Mancato svolgimento dell’attività di vigilanza/controllo/ispezione o svolgimento dello stesso in modo iniquo. Mancata o ridotta applicazione della sanzione di legge in caso di accertata violazione, anche al fine di evitare trattamenti sanzionatori diversi in presenza della medesima violazione.

Eventi rischiosi possono verificarsi laddove le procedure relative all’attività di vigilanza, controllo ed ispezione non siano opportunamente standardizzate e codificate secondo il sistema qualità o di processi interni di vigilanza, controllo ed ispezione approvati e noti. In altri termini, le omissioni e/o l’esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.

Misure di contrasto

Per la riduzione del rischio le attività di vigilanza devono essere progressivamente regolate da procedure scritte e registrate su supporto informatico.

Viene prescritto l’uso di Verbali e/o motivazione approfondita, Rotazione e/o Attività di gruppo, ove possibile, e rilevazione conflitti di interessi.

Controllo a campione da parte del RPCT o dei suoi collaboratori, compatibilmente con carichi di lavoro. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPCT ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all’OIV.

21 INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI

Eventi rischiosi (vedi il Registro dei rischi per un elenco dettagliato)

Conferimento dell’incarico a soggetto esterno in presenza di adeguate risorse interne.

Eludere l’acquisizione di personale attraverso le procedure di selezione ordinarie,

La procedura può configurare rischi di violazione dei principi di trasparenza, imparzialità, parità di trattamento, al fine di favorire un soggetto rispetto agli altri. Nel caso inoltre di incarichi a liberi professionisti, può configurarsi il rischio di mancata richiesta del preventivo economico ovvero di erronea valutazione di congruità dello stesso.

L’utilizzo di incarichi di collaborazione esterno dovrebbe essere residuale e si dovrebbe fare ricorso a questo tipo di contratti solo nei casi espressamente previsti di assoluta necessità di una professionalità con precisi requisiti culturali e professionali, nell’impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane interne. In questo senso la valutazione del ricorso a tale tipologia di collaborazioni è avallata dalla direzione previa verifica dell’impossibilità di adottare altre opzioni e non per mere

ragioni di opportunità e/o celerità/semplificazioni delle procedure o per la preordinata individuazione del professionista.

Misure di contrasto

Regolamento aziendale in materia di incarichi ad esterni.

Gli atti devono essere conformi alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida).

Rotazione, verbali e attività di gruppo ove possibile.

La motivazione deve indicare in modo adeguato e comprensibile gli elementi di fatto e i presupposti di diritto.

Far sottoscrivere ai soggetti non in servizio presso la struttura precedente l'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e inserirla nel fascicolo (valendo per chi ricopre i ruoli in modo stabile chi svolge attività ad alto rischio presso l'ASFO le circolari e la formazione in materia di conflitti di interesse).

Controllo a campione da parte del RPC o dei suoi collaboratori, anche tramite la SC Affari Generali, compatibilmente con carichi di lavoro, per quanto riguarda il conferimento dell'incarico, sulla conformità alla normativa vigente e alle eventuali determinazioni di carattere generale dell'ANAC (es. Linee Guida) e, per quanto riguarda l'esecuzione del contratto, sulla conformità al contratto e alle eventuali ulteriori normative/determinazioni generali dell'ANAC applicabili. In caso di criticità, accertata dopo aver sentito la Struttura interessata, il RPC ne dà comunicazione al Responsabile della Struttura, alla Direzione aziendale e all'OIV.

22. MONITORAGGIO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

Il monitoraggio costituisce una misura volta a far emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

I Responsabili di Struttura devono monitorare che vengano rispettati i termini di conclusione dei procedimenti, come previsto dalle relative norme di legge o di regolamento.

Per il 2021 si prevede di effettuare un monitoraggio annuale richiedendo ai Referenti delle Strutture interessate di verificare e segnalare i soli procedimenti che hanno subito ritardi.

All'URP è richiesto di dare evidenza di segnalazioni di ritardo nei procedimenti presentate dall'utenza.

Il RPCT può procedere a verifiche a campione sul rispetto dei termini di conclusione di specifici procedimenti.

Le rilevazioni hanno evidenziato finora qualche ritardo nei procedimenti dovuto per lo più a criticità nella dotazione organica degli uffici, nell'acquisizione di documentazione extra aziendale e nella riorganizzazione di alcuni processi.

23. TRASPARENZA

Come già evidenziato, la trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

In particolare la trasparenza concorre ad attuare i principi di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia, efficienza, integrità e lealtà, garantendo un'amministrazione aperta al servizio del cittadino e integrando di fatto il diritto ad una buona amministrazione.

Preliminarmente è utile descrivere le varie forme di accesso per poi passare ad esaminare le pubblicazioni obbligatorie sul sito web dell'ASFO nella sezione Amministrazione Trasparente.

Accesso civico generalizzato – Accesso civico semplice – Accesso documentale

Le nuove norme sulla trasparenza che introducono una legislazione sul modello del Freedom of Information Act (FOIA) sono entrate in vigore il 23.12.2016. L'accesso civico generalizzato consiste nella possibilità che qualunque cittadino possa richiedere documenti, dati o informazioni ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare. La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni

istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Attraverso le linee guida ANAC si individuano gli ambiti in cui i cittadini avranno il diritto di conoscere atti e documenti detenuti dalla PA, anche senza un interesse diretto. Spetta poi alle amministrazioni e agli altri soggetti individuati dalla legge valutare, caso per caso, eventuali eccezioni. L'ANAC, in collaborazione con il Garante per la Privacy, provvede a monitorare l'applicazione della legge.

L'accesso civico generalizzato si differenzia dall'accesso civico semplice e dall'accesso documentale poiché:

- **L'accesso civico generalizzato** è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico,

- **L'accesso civico semplice** è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che le pubbliche amministrazioni non hanno pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale pur avendone l'obbligo,

- **L'accesso documentale** è il diritto di accesso (richiesta di presa visione o di rilascio copia) a provvedimenti dell'Azienda, nei termini e alle modalità previste dalla normativa vigente (legge n. 241 del 7.8.1990 e d.p.r. n. 184 del 12.4.2016). Possono fare domanda tutti i cittadini portatori di un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso (art. 22, legge n. 241 del 7.8.1990).

Sono pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" le modalità di accesso ed i relativi modelli aziendali per la richiesta. L'Azienda con delibera n. 515 del 25/06/2018 ha adottato il Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso conformemente alle linee guida ANAC e ha attivato il registro delle richieste rispetto a tutte le modalità di accesso.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata mediante la pubblicazione sul sito web aziendale delle informazioni e dei contenuti obbligatori ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. e dei provvedimenti dell'ANAC in materia, fra i quali la Delibera n. 1310 del 2016.

La pubblicazione avviene nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di trattamento dati personali e dell'art. 7-bis, co. 4 del D. Lgs. n. 33/2013, che richiama espressamente al "rendere non intelligibili" i dati personali non pertinenti, sia all'interno del proprio sito internet istituzionale che in quelli delle amministrazioni da essa stessa vigilate e controllate.

Gli adempimenti di trasparenza sono curati secondo le previsioni dell'allegato "Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati", redatto ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, e delle prescrizioni contenute nelle Linee Guida ANAC n. 1310/2016.

Nel predetto allegato sono riportati in forma tabellare i dati e le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, parametrati sulla realtà aziendale, con indicazione dei riferimenti normativi, dei termini e delle strutture competenti.

I Responsabili delle strutture garantiscono il tempestivo e regolare flusso di informazioni da pubblicare e assicurano l'integrità, la completezza, l'omogeneità, la conformità, il costante e tempestivo aggiornamento dei dati. Ciascun responsabile individua all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio degli adempimenti in tema di trasparenza.

Il RPCT svolge a campione controlli sull'adempimento da parte delle strutture degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'interno della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

E' prevista la revisione continua dell'Amministrazione Trasparente aziendale, al fine di assicurare la completezza dei dati e la chiarezza delle pubblicazioni.

In seguito ai contatti tenutisi con le strutture aziendali per definire il piano della trasparenza dell'ASFO, si rileva quanto segue.

La norma prevede la pubblicazione delle sezioni di I e II livello e dei relativi riferimenti normativi, pertanto prioritaria è la loro revisione nell'Amministrazione Trasparente aziendale.

Le risultanze dei contatti con le strutture interessate sono contenute nella tabella allegata al PTPCT, che è il riferimento degli obblighi informativi di pubblicazione e che individua le sezioni di I e II livello, i relativi riferimenti normativi dell'obbligo di pubblicazione, i contenuti dell'obbligo (dati da pubblicare), la tempistica di aggiornamento dei dati, le strutture competenti alla pubblicazione.

Al processo di miglioramento del percorso relativo alla trasparenza, è affiancata la revisione del vigente regolamento aziendale in tema di accesso agli atti, incluse le previsioni dell'accesso civico, che chiarisca e semplifichi le procedure di richiesta, delineando gli aspetti di accessibilità dei dati non fruibili direttamente dalla sezione Amministrazione Trasparente o attraverso le pubblicazioni del sito istituzionale.

Si prevede la prosecuzione della tenuta di un Registro degli accessi civici, strumento di raccolta cronologica delle istanze, contenente l'elencazione delle stesse, l'indicazione di oggetto, data e degli esiti, con l'ausilio dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RICCARDO MARIO PAOLI

CODICE FISCALE: PLARCR66T09A271S

DATA FIRMA: 25/03/2021 13:21:06

IMPRONTA: 6231441842EC167FD733DD483EED845737BB9B12F86CA8A7B81BBDAAF543D102
37BB9B12F86CA8A7B81BBDAAF543D102BFC82E1685B4CBB04A87851BC8EAB9AC
BFC82E1685B4CBB04A87851BC8EAB9ACE861C16C84B3DC96933B68F9B6B8CB3D
E861C16C84B3DC96933B68F9B6B8CB3D1755F52860FCA7EF75EADFBA6684EFA5

NOME: MICHELE CHITTARO

CODICE FISCALE: CHTMHL71R31L483A

DATA FIRMA: 25/03/2021 13:30:21

IMPRONTA: 5EA0BF3786D216A7BDDB63F34E6EE9BFB6136136E6F0FB43EE3B1BDC81C8AD0F
B6136136E6F0FB43EE3B1BDC81C8AD0FE1EF26E3B9041D5AF48EC47E385607E6
E1EF26E3B9041D5AF48EC47E385607E64E6B3158057A3F5175E07BBDB434B49F
4E6B3158057A3F5175E07BBDB434B49F9F01961C4724FC9316D44E33EF5DB72F

NOME: CARLO FRANCESCUTTI

CODICE FISCALE: FRNCRL60H19B940W

DATA FIRMA: 25/03/2021 13:48:33

IMPRONTA: 8031F4C544F581A49A34B9C4CADC02B0EED9C857D87D35A05C04D53E2CEF1B32
EED9C857D87D35A05C04D53E2CEF1B32C349706B513453920CC691AEE4AEFAD2
C349706B513453920CC691AEE4AEFAD2B2C1F0DCAE04EBDB9E240DAEC1F3230E
B2C1F0DCAE04EBDB9E240DAEC1F3230E6D462AAB4CDDC15A10E5BE938F333A10

NOME: JOSEPH POLIMENI

CODICE FISCALE: PLMJPH69D21Z404X

DATA FIRMA: 25/03/2021 14:02:37

IMPRONTA: 477AEFA4334E04F9218F7AE687B349CB79D9A2AF2527F7B2847C5993E1A1CDEA
79D9A2AF2527F7B2847C5993E1A1CDEA9CF1399D9FB05DE02194A32720FD6FB3
9CF1399D9FB05DE02194A32720FD6FB37BA62E2E4C38F9A175C16C50EF4DDE67
7BA62E2E4C38F9A175C16C50EF4DDE67561BDED6F0863F55091D4F4574F56ED2