

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
P.T.P.C.T.
2022-2024**

Predisposto dal responsabile per la prevenzione della corruzione

Pubblicato sul sito web www.ospedalesantandrea.it nella sezione “Amministrazione trasparente”

Indice

PREMESSA

Piano integrato di Attività e Organizzazione – PIAO - e PTPCT 2022-2024

1. Soggetti coinvolti nella redazione del piano
2. Il contesto esterno rispetto al Sant'Andrea
 - Emergenza epidemiologica da Covid-19.
 - VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2. Il Sant'Andrea Hub Vaccinale
 - Contesto demografico
 - Contesto esterno con riferimento alla corruzione.
 - Il quadro normativo: Piano nazionale anticorruzione, gli aggiornamenti 2021
3. Il contesto interno
 - 3.1 Ricettività della struttura al 2021
 - 3.2 Consistenza Organica
 - 3.3 L'atto Aziendale
4. Il responsabile della prevenzione corruzione: funzione ed obblighi
5. Responsabilità del RPCT e revoca dell'incarico
6. Relazione annuale sull'attività
7. Inserimento del RPCT nell'ambito del sistema dei controlli interni
8. I dirigenti aziendali quali "referenti" per la prevenzione della corruzione
9. Mappatura dei processi – misure metodologiche adottate e individuazione delle misure di prevenzione
10. Misure per l'abbattimento del rischio
 - 10.1 Misure di regolamentazione
 - 10.2 Misure di controllo e monitoraggio
 - 10.3 Misure di trasparenza
 - 10.4 Misure di formazione, promozione dell'etica e di standard di comportamento
 - 10.5 Misure di rotazione
 - 10.6 Misure di segnalazione e protezione
 - 10.7 Misure per la prevenzione di ipotesi di conflitto di interesse
11. Sezione trasparenza
12. Piano attività triennio: attuazione misure
13. Armonizzazione e Integrazione tra Piano di prevenzione della corruzione e piano della Performance

Allegati

1. Tabella concernente gli obblighi di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 modificato dal d.lgs. n. 97/2016
2. Misure di prevenzione oggetto di adozione
3. Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione
4. Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi
5. Anagrafica dei rischi

PREMESSA

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (di seguito P.T.P.C.T.), redatto in ottemperanza alle previsioni della legge n. 190 del 6 novembre 2012 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*, costituisce il frutto dell’analisi condotta a livello aziendale, nel tentativo di individuare efficaci strategie di prevenzione della corruzione, attraverso la mappatura delle aree e dei processi ritenuti a rischio, secondo la metodologia indicata al punto 9 del presente documento.

Il Piano costituisce atto di indirizzo e di programmazione, finalizzato al miglioramento organizzativo, nell’ottica del perseguimento dei principi di efficienza, efficacia e buon andamento dell’agire amministrativo finalizzati alla cura dell’interesse pubblico ed è stato elaborato alla luce dell’analisi compiuta rispetto al contesto esterno ed interno nei quali si trova ad operare l’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea di Roma.

L’elaborazione del PTPC presuppone il diretto coinvolgimento della Direzione Strategica aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione.

I dirigenti dell’Azienda, responsabili delle Unità Operative, in qualità di referenti ai fini di prevenzione, sono stati coinvolti nella elaborazione attraverso specifici confronti individuali nonché mediante l’aggiornamento/conferma della mappatura dei processi e dei rischi, e l’invito a proporre misure per la prevenzione ed il contenimento di essi.

Le funzioni e i fini del Piano aziendale sono quelle di rispondere, in via principale, alle seguenti esigenze:

- l’individuazione delle aree e delle attività maggiormente esposte al rischio della corruzione ferme restando le aree già previste dall’art. 1 comma 16 della legge 190;
- la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione;
- l’individuazione delle misure di prevenzione del rischio che costituiscono, tra l’altro, strumenti organizzativi finalizzati a garantire il buon andamento dell’agire amministrativo.

Il Piano contiene una apposita sezione, denominata Trasparenza, concernente le misure di prevenzione adottate e/o in corso di adozione, ritenute utili per garantire la conoscibilità delle azioni dell’Azienda, alla luce delle modificazioni apportate dal D.Lgs 97/2016 al D.Lgs 33/2013.

Si conferma l’accezione del concetto di corruzione già indicata nei precedenti Piani, secondo la quale esso deve intendersi quale fenomeno comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato, al fine di ottenerne vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono, pertanto, più ampie della fattispecie penalistica disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter codice penale e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale della condotta, venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione (*maladministration*) intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell’interesse generale e a favore di interessi particolari.

Occorre pertanto avere riguardo ad atti e comportamenti che, sebbene non configurino fattispecie di reato, contrastino con la cura dell’interesse pubblico e con i principi di imparzialità e buon andamento dell’amministrazione, al punto da pregiudicare l’affidamento nell’imparzialità dell’Amministrazione.

Costituiscono parti integranti e sostanziali del Piano triennale di prevenzione della corruzione il Codice disciplinare ed il **Codice di comportamento**, adottato ai sensi del D.P.R. 62/2013 e revisionato da questa Azienda alla luce delle Linee Guida emanate dall'ANAC (determinazione n. 358/2017) dedicate espressamente agli Enti del S.S.N., nonché in considerazione delle modifiche intervenute con la sottoscrizione del nuovo CCNL comparto sanità.

Come strumento di prevenzione, il Codice di Comportamento del Sant'Andrea è consultabile sul sito istituzionale dell'Azienda, alla sezione Amministrazione Trasparente.

A questo proposito occorre richiamare Il recente Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 (Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza) il c.d. "PNRR 2" che, all'art. 4, comma 1 lett. a) dispone l'aggiornamento – entro il 31 dicembre 2022 - dei codici di comportamento:

*“(...) Art. 4 - **Aggiornamento dei codici di comportamento** e Formazione in tema di etica pubblica*

1. All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1 e' inserito, il seguente: «1-bis. Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.»;

(...) Omissis (...)

*2. Il codice di comportamento di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e' aggiornato entro il **31 dicembre 2022** anche al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al comma 1, lettera a).”*

Resta fermo che i due strumenti - PTPCT e codici di comportamento - si muovono con effetti giuridici tra loro differenti. Le misure declinate nel PTPCT sono di tipo oggettivo e incidono sull'organizzazione dell'amministrazione. I doveri declinati nel codice di comportamento operano, invece, sul piano soggettivo in quanto sono rivolti a chi lavora nell'amministrazione ed incidono sul rapporto di lavoro del funzionario, con possibile irrogazione, tra l'altro, di sanzioni disciplinari in caso di violazione¹.

Costituisce, inoltre, allegato al presente Piano la tabella (sezione “Trasparenza”), contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione gravanti sull'Azienda, ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i. (all.1).

Come precisato dal PNA 2016, l'obbligo di trasmissione all'ANAC del Piano triennale di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1, co. 8, l. 190/2012) si intende assolto con la pubblicazione sul sito istituzionale, sezione “Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione”.

I documenti in argomento e le loro modifiche o aggiornamenti devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti. Il presente Piano è elaborato secondo le indicazioni fornite dall'ANAC nei Piani Nazionali emanati.

PIAO- Piano Integrato di Attività e Organizzazione - e PTPCT 2022 - 2024

In data 12 gennaio 2022 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di rinviare la data per l'approvazione il termine per la predisposizione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2022-2024, fissata dalla legge 190/2012 al 31 gennaio di ogni anno, al 30 aprile 2022.

¹ V. delibera Anac n. 177 del 19 febbraio 2020, “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche” pag. 10

Ciò con l'intendimento di semplificare ed uniformare il più possibile per le amministrazioni il recepimento di un quadro normativo in materia oggi ancora estremamente dinamico.

Difatti, come noto, Il decreto legge n. 80/2021 recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A. funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, ha previsto all'articolo 6 il PIAO-Piano integrato di attività e organizzazione che, tra le altre, contempla innovative misure di semplificazione volte a implementare gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione. In data 6 agosto 2021 il decreto legge di cui sopra è stato convertito nella legge 113/2021.

Al tal fine, è già stata avviata un'interlocuzione con i principali attori esterni ed interni interessati dal nuovo sistema, in modo da sviluppare gli opportuni metodi di programmazione all'esito del percorso nazionale volto a definire le linee guida e i conseguenti adeguamenti ordinamentali a livello regionale, tenuto conto delle raccomandazioni e condizioni poste dalla Conferenza Unificata, dal Consiglio di Stato con il parere n. 506/2022, dalla Commissioni di Camera e Senato, dalle indicazioni ANAC, nonché dalle recenti novità legislative apportate dall'art. 7, comma 1, del Decreto legge n. 36/2022 il c.d. *“PNRR 2”*.

La norma dispone che il PIAO sia adottato da parte delle amministrazioni elencate all'art. 1, co. 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei quali rientra questa Azienda OU Sant'Andrea.

Di conseguenza è ad oggi confermata², ai sensi della legge 190/2012, l'adozione dei PTPCT.

1. SOGGETTI COINVOLTI NELLA REDAZIONE DEL PIANO

Il presente Piano è stato elaborato grazie al coinvolgimento degli Organi, organismi e soggetti di seguito indicati:

- **Il Direttore Generale**, le cui funzioni sono sinteticamente di seguito descritte:

- designa il responsabile (art. 1 comma 7 legge 190/2012)
- adotta il P.T.P.C. e provvede alla relativa pubblicazione nella sezione del sito web - Amministrazione trasparente – altri contenuti – anticorruzione, assolvendo, in tal modo, all'obbligo di trasmissione all'ANAC, ai sensi dell'art. 1, commi 8 e 60 della legge 190/2012;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione
- individua gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione, nell'ottica della effettiva e consapevole partecipazione al processo di prevenzione della corruzione (si richiama in proposito l'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del d.lgs.97/2016, che stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali);
- introduce le necessarie modifiche organizzative per assicurare al RPC funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;

² La conferma si ricava dal combinato disposto dell'art. 6 del d.l. 80 in tema di PIAO (per la parte programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza) e dell'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013. Tale ultima disposizione individua l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina della trasparenza, a cui fa rinvio l'art. 1, co. 2-bis, della l. 190/2012 per identificare i soggetti tenuti all'adozione del PTPCT o delle misure di prevenzione della corruzione integrative rispetto a quelle adottate ai sensi del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231. (v. *“orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, approvato dal Consiglio dell'ANAC il 02 febbraio 2022”*, pag. 3) e V. delibera ANC del 13 aprile 2022 sugli obblighi di pubblicazione per le P.A. ad uso degli Organismi di Valutazione.

- riceve la relazione annuale del RPC, che può essere chiamato a riferire sull'attività.

- **Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario**, in virtù delle prerogative, delle attribuzioni e dei compiti loro conferiti dal D. Lgs 502/1992;

- **tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza**, nell'ambito delle funzioni loro assegnate e di seguito riportate:

- svolgono attività informativa nei confronti del responsabile e dell'autorità giudiziaria (artt.16 d.lgs 165/2001; art. 30 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di individuazione delle aree a rischio;
- partecipano al processo di gestione del rischio mediante la proposta di misure di prevenzione (art. 16 d.lgs 165/2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento;
- adottano misure gestionali, quali l'avvio dei procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (art.16 e 55 bis del d. lgs 165/2001);
- osservano le misure del P.T.P.C.T: (art. 1, comma 14 della legge 190/2012);
- provvedono, ciascuno per la propria area e competenza, alla pubblicazione dei dati e degli atti individuati dal D. Lgs 33/2013, garantendone il puntuale aggiornamento;
- effettuano il monitoraggio periodico sull'attuazione delle misure di prevenzione corruzione previste dal Piano.

Il coinvolgimento dei dirigenti e la relativa collaborazione nel sistema di prevenzione della corruzione è assicurata anche dall'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo, anche grazie alla previsione dell'attuazione delle misure oggetto del PTPCT nell'ambito degli obiettivi legati al raggiungimento della performance.

Mediante i confronti individuali con il RPCT ed il coinvolgimento nelle fasi di mappatura dei processi, proposta di misure preventive del rischio, monitoraggio sull'efficacia e sul rispetto delle predette misure i dirigenti partecipano al processo di gestione del rischio.

- **l'O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno**

- partecipano al processo di gestione del rischio considerando i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art. 43 e 44 del d.lgs 33/2013);
- verificano l'integrazione tra PTPC e Piano delle Performance (art. 44 D. Lgs 33/2013).

l'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis del 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20, DPR 3/1957 art. 1, comma 3 legge 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del codice di comportamento.

- **tutti i dipendenti dell'Azienda:**

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1 comma 14 legge 190/2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio procedimenti disciplinari o al responsabile della prevenzione della corruzione (art. 54 bis d.lgs 165/2001);
- segnalano i casi di conflitto di interesse (art.6 bis legge 241/1990).

- **i collaboratori a qualsiasi titolo** dell'Azienda:
 - osservano le misure contenute del P.T.P.C.;
 - si adeguano alle disposizioni del Codice di comportamento aziendale, per quanto compatibili;
 - segnalano le eventuali situazioni di illecito al responsabile della prevenzione della corruzione.

Per consentire agli stakeholders di inoltrare eventuali contributi per la stesura del Piano, in data 30/11/2021 è stata pubblicata sul sito WEB aziendale, alla sezione Amministrazione Trasparente, opportuna informativa rivolta ai cittadini e a tutte le associazioni o altre forme organizzative portatrici di interessi collettivi, al fine di consentirne il coinvolgimento nell'ambito della predisposizione del "PTPCT 2022-2024", mediante la presentazione di osservazioni, contributi, suggerimenti e quant'altro che possa risultare utile.

I poteri di vigilanza sulla qualità dei Piani adottati dalle pubbliche amministrazioni sono esercitati dall'ANAC ai (art. 1, commi 2 e 3, L. 190/2012). L'esercizio dei suddetti poteri può determinare l'emissione di raccomandazioni (ovvero nei casi più gravi l'esercizio del potere di ordine) alle amministrazioni perché svolgano le attività previste dal Piano medesimo. L'ANAC esercita, infine, (art. 19, co. 5, d.l. 90/2014) poteri sanzionatori nei casi di mancata adozione dei PTPC (o di carenza talmente grave da equivalere alla non adozione).

2. IL CONTESTO ESTERNO RISPETTO AL SANT'ANDREA

Emergenza epidemiologica da Covid-19

L'anno 2021 è stato condizionato dalla gestione dell'emergenza epidemiologica da Sars-CoV-2, che ha inciso e fortemente orientato l'andamento dell'attività produttiva. In relazione all'emergenza epidemiologica da CoViD-19, l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, in applicazione dei numerosi provvedimenti regionali finalizzati al contenimento della diffusione dell'epidemia e al trattamento dei pazienti infetti da SARS-CoV-2, ha concentrato la massima attenzione alla definizione delle misure urgenti in materia di gestione dell'emergenza, attraverso l'adozione di numerosi provvedimenti che hanno comportato la riprogrammazione di tutte le attività secondo nuovi e urgenti criteri di priorità.

Il ruolo di "Ospedale CoViD-19" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea nella gestione dell'emergenza epidemiologica da CoViD-19 è stato confermato da numerosi provvedimenti regionali, sia nella prima ondata che nella seconda, inducendo l'Azienda a rivedere periodicamente l'assetto organizzativo finalizzato alla temporanea attivazione di reparti di degenza da destinare al trattamento dei pazienti affetti da CoViD-19, prevedendo la contemporanea rimodulazione e/o riallocazione temporanea di alcuni reparti di degenza destinati al trattamento dei pazienti non affetti da CoViD-19.

Sebbene il 31 marzo 2022 sia stata decretata la fine dell'emergenza pandemica questa Azienda, data la complessità organizzativa ed operativa, ha mantenuto "dormienti" le infrastrutture ed implementazioni organizzative realizzate per contrastare la pandemia, in modo da poter far fronte ad eventuali ulteriori emergenze.

VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 il Sant'Andrea Hub Vaccinale

A partire dal 27 dicembre 2020, è stata ufficialmente avviata la campagna di vaccinazione contro il COVID-19. L'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea (AOUSA), è stata designata fra i 20 ospedali/IRCCS regionali individuati dalla Regione Lazio come Punti Vaccinali Ospedalieri (PVO).

All'interno dell'AOUSA sono stati allestiti tre PVO, operativi per 15 mesi in base all'organizzazione aziendale ed alle richieste di incremento dell'attività o altro da parte della Regione.

Nei primi mesi si è proceduto con la vaccinazione del personale sanitario aziendale. Oltre ciò, dall'8 febbraio 2021 al 19 marzo 2022 l'AOUSA ha partecipato alla campagna di vaccinazione di massa offerta alla popolazione generale, secondo modalità e priorità che hanno tenuto conto del rischio di malattia, dei tipi

di vaccini autorizzati e della loro effettiva disponibilità, nel quadro della strategia generale messa a punto dalle Autorità sanitarie.

Presso l'AOUSA sono stati utilizzati vaccino COVID-19 Comirnaty® Pfizer-BioNTech (PF) e Vaxzevria AstraZeneca (AZ), per un totale di oltre 217.000 somministrazioni suddivise come mostrato nella tabella sottostante:

Dose 1			Dose 2			Dose Booster			3/Add-Dose 4/Fragili			PEDIATRICO Dose 1	PEDIATRICO Dose 2	TOTALE
PF	AZ	TOT	PF	AZ	TOT	PF	MOD	TOT	PF	MOD	TOT	PF	PF	
78.428	14.854	93.282	73.810	12.885	86.695	24.536	1.448	25.984	91		91	6.179	5.329	217.560

Inoltre sono stati vaccinati, presso gli ambulatori specialistici, circa 1700 pazienti fragili dai rispettivi clinici di riferimento.

Nell'autunno del 2021 è stata offerta la co-somministrazione del vaccino antinfluenzale alle categorie per le quali è raccomandata, per un totale di circa 800 dosi effettuate.

Le attività di *counseling*, valutazione anamnestica pre-vaccinale e covid-relata ed all'intervista per la raccolta del consenso informato sono state sostenute da 52 medici vaccinatori di cui 12 interinali e 50 interni.

Con la collaborazione di medici anestesisti sono state effettuate speciali sedute per vaccinazioni protette a soggetti allergici o particolarmente fragili.

Le scuole di specializzazione di Medicina, Pediatria ed Anestesia hanno reso disponibili tutti i medici specializzandi in forza. Le attività di ricostituzione del vaccino e somministrazione sono state effettuate dal comparto infermieristico per un totale di 50 unità. I vaccini sono stati conservati e stoccati presso i locali della UOC Farmacia ed il personale della stessa UOC si è occupato della logistica, allestimento e movimentazione dei flaconi presso i PVO, 1 per turno per un totale di 8 unità. La Farmacia ha inoltre seguito le attività di farmacovigilanza degli eventi avversi.

Le attività amministrative di supporto alla prenotazione, programmazione delle agende e registrazione sul portale dell'anagrafe vaccinale di avvenuta vaccinazione sono state condotte dagli operatori cup per un totale di 40 unità. Oltre a ciò hanno prestato servizio in attività di assistenza, accoglienza ed altro, il personale della vigilanza e di diverse associazioni di volontariato (Croce rossa, Associazione Smile X, ABIO).

Tutta l'attività è stata regolata e proceduralizzata attraverso la stesura di numerose procedure aziendali ed istruzioni di lavoro e sono stati organizzati continui eventi formativi. Al fine di promuovere la vaccinazione e facilitare l'accesso, l'AOUSA ha aderito a diverse iniziative fra le quali l'organizzazione di open day anche in orari notturni.

Un'importante attività di comunicazione attraverso una casella di posta elettronica creata *ad hoc* (3.250 circa messaggi ricevuti, 3.400 circa messaggi inviati) ed una linea telefonica che ha ricevuto circa 100 chiamate al giorno, ha garantito risposte e pareri clinici e risoluzione di problematiche amministrative. Per la comunicazione esterna e la divulgazione scientifica, sono stati pubblicati due *paper* che descrivono l'esperienza dell'AOUSA. Infine, è stata svolta attività divulgativa e di comunicazione con 5 interviste televisive, analisi statistiche e reportistica per gli enti nazionali e regionali, 6 chat whatsapp vac. .

Formazione degli operatori dell'Hub Vaccinale: Sono stati organizzati n. 3 corsi di formazione specificamente rivolti agli operatori dell'Hub Vaccinale (personale medico e infermieristico). E' stato anche particolarmente curato l'addestramento degli operatori coinvolti ad altro titolo nell'attività.

Contesto demografico

L'Azienda è situata in un'area tra nord e nord-est di Roma e il territorio settentrionale della sua provincia. Pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti dei Municipi II, III (ex IV), XIV (ex XIX), XV (ex XX), che rientrano nella competenza territoriale dell'ASL RM1 e dei comuni di Monterotondo, Mentana, Cerveteri, Bracciano, Ladispoli, Manziana, Anguillara Sabazia, Trevignano Romano, Canale Monterano, Sacrofano, Rignano Flaminio, Capena, Campagnano di Roma,

Formello, Morlupo, Riano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina, Fiano Romano, Ponzano Romano, Nazzano, Mazzano Romano, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo che rientrano nella competenza delle AA.SS.LL. RM4 e RM5. E' evidente che la sua collocazione geografica (confluenza delle due grandi direttive viarie Cassia bis e Flaminia) orienta una specifica vocazione della Azienda ad offrire prestazioni di II e III livello caratterizzate da elevata specializzazione e qualificazione professionale anche ai pazienti provenienti sia dalla provincia di Viterbo che da quella di Rieti.

L' Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea ha una collocazione geografica del tutto particolare nel contesto metropolitano, che la rendono unica per caratteristiche di afferenza territoriale e molto diversa dai grandi complessi ospedalieri e universitari romani, che sono di più antica istituzione e di regola collocati più vicini al centro cittadino. L'Azienda è infatti situata nell'area nord di Roma, in immediata prossimità del GRA e di arterie di grande comunicazione (Vie Flaminia, Cassia, Salaria, diramazione autostradale Roma Nord) che la mettono in diretto e rapido collegamento con il territorio settentrionale della provincia romana e in condizione di facile accessibilità anche dalle province di Rieti e Viterbo. In virtù delle sue caratteristiche di elevata qualificazione, legate alla natura universitaria e alla qualità dei servizi, e della presenza di queste grandi direttrici del traffico, pur se extraterritoriale per definizione, l'Azienda esercita la sua attrattività prevalentemente sui residenti della ASL RM 1 (nel cui territorio insiste), della ASL RM 4 e della ASL RM 5.

La realtà territoriale nella quale è collocata l'Azienda presenta una struttura per età simile a quella della Regione Lazio, con una progressiva diminuzione delle classi di età giovane ed un aumento delle persone di età superiore ai 65 anni.

Gli indicatori demografici delle AASSLL di riferimento evidenziano che il territorio della ASL Roma 1 è demograficamente senile in relazione al fatto che la natalità e la mortalità decrescono continuamente, determinando proporzioni di popolazione anziana molto alte. L'indice di vecchiaia si è infatti incrementato rispetto al 2006 e indica che per ogni 100 giovani ci sono 165 anziani, il che conferma l'andamento demografico in atto in tutta Italia e nei paesi occidentali. Anche l'indice di invecchiamento è incrementato e rappresenta una percentuale di persone over 65enni nella popolazione residente nella stessa ASL che è pari al 22,1%.

L'analisi della mortalità per causa, riferita sempre al territorio dell'ASL RM-1, evidenzia una mortalità più elevata, rispetto a quella rilevata nel Comune di Roma, nei maschi per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori e per le patologie dell'apparato respiratorio, mentre nelle femmine, accanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio e tumorali, emergono le malattie del sistema endocrino e quelle immunitarie.

Per quanto riguarda il territorio della ASL Roma 4, gli indicatori demografici evidenziano una rilevanza significativa della presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Per incidenza percentuale, fra i Comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri, vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%. Tutti i comuni romani nel 2012 hanno conosciuto incrementi di residenti stranieri: tra il 2011 e il 2012 nella provincia di Roma l'incremento dei residenti complessivi è stato del +1,1%, quello dei soli residenti stranieri del +11,4%.

La popolazione residente sempre nell'ASL RM-4 ha fatto registrare nell'ultimo decennio un notevole incremento, assai più rilevante, anche per gli aspetti sanitari, se si considera la classe d'età degli ultrasessantacinquenni

Contesto esterno con riferimento alla corruzione

Preliminarmente occorre evidenziare che numerose ricerche e analisi internazionali continuano a descrivere l'Italia come un paese affetto dalla piaga della corruzione, nonostante le importanti iniziative intraprese per contrastare il fenomeno corruttivo.

Ciò parrebbe confermato anche dall'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) elaborato da Transparency International, che misura la percezione della corruzione nel **settore pubblico** e **nella politica** in numerosi

Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti".

Dall'analisi dei dati relativi alla percezione della corruzione, raccolti da Transparency international ogni anno, risulta che l'Italia abbia perso una posizione nella classifica dei 180 Paesi presi in esame.

Il rallentamento del trend positivo, che aveva visto l'Italia recuperare ben 11 punti dal 2012 al 2019, conferma in ogni caso l'Italia al 20esimo posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione.

Secondo l'analisi di Transparency, negli ultimi anni l'Italia ha compiuto significativi progressi nella lotta alla corruzione: ha introdotto il diritto generalizzato di accesso, rendendo maggiormente trasparente l'attività della Pubblica Amministrazione, ha approvato la disciplina a tutela del Whistleblower e, con la legge anticorruzione del 2019, ha inasprito le pene previste per taluni reati.

Quanto precede rende evidente che *tutte* le azioni intraprese e da intraprendere al fine di prevenire il rischio di ipotesi di corruzione devono essere improntate verso forme di monitoraggio e controllo che consentano, soprattutto attraverso la trasparenza dell'agire amministrativo, di scoraggiare e, conseguentemente, di prevenire fenomeni corruttivi e di *maladministration*.

L'Azienda intende, dunque, individuare strategie di prevenzione basate sulla introduzione di buone prassi e di sistemi di verifica che consentano di perseguire gli obiettivi di efficacia e di efficienza dell'agire amministrativo, nella convinzione che, in parte, anche l'appropriatezza delle scelte organizzative e gestionali contribuisca a diminuire le conseguenze negative causate da episodi di corruzione a danno della collettività.

Nel quadro sopra delineato, il presente Piano mira ad individuare, mediante il contributo dei dirigenti delle strutture coinvolte nei procedimenti decisionali aziendali, misure in grado di prevenire il verificarsi di ipotesi di corruzione, intesa quale fenomeno di *maladministration*, mediante l'introduzione di misure di trasparenza, regolamentazione, informatizzazione dei processi e gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

Recentemente l'ANAC³ ha fornito alcune indicazioni operative per le attività di contrasto alla corruzione, elaborate a seguito di una significativa analisi della attività finora svolta dalle amministrazioni, che ha consentito all'ANAC, quale osservatore privilegiato, di cogliere i maggiori margini di ottimizzazione e semplificazione da evidenziare agli operatori coinvolti.

In particolare:

- 1. l'utilità del coordinamento tra il PTPCT ed il Piano della *performance***, in quanto funzionale ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso e la rilevanza dell'integrazione dei sistemi di *risk management* per la prevenzione della corruzione con i sistemi di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno delle amministrazioni.
- 2. Il ruolo fondamentale della FORMAZIONE per incrementare la consapevolezza dell'utilità dei piani.** È risultato infatti che, al fine di creare nell'amministrazione una cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, punto di forza è la programmazione e l'attuazione di percorsi di formazione rivolti al personale, specie quello addetto alle aree a maggior rischio corruttivo.
- 3. l'adozione di un sistema improntato al monitoraggio periodico per la valutazione dell'effettiva attuazione e adeguatezza rispetto ai rischi rilevati delle misure di prevenzione.**
Già da vari anni presso l'AOUSA vengono effettuati monitoraggi periodici da parte delle UU.OO. interessate circa la sostenibilità delle misure adottate per contrastare il rischio corruttivo legato ai

³ v. "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, approvato dal Consiglio dell'ANAC il 02 febbraio 2022"

processi aziendali. L'RPCT riceve relazioni trimestrali (processi ad alto rischio corruttivo), semestrali (medio rischio) annuali (rischio basso). Le risultanze dei monitoraggi periodici vengono pubblicate nella sezione "Dati Ulteriori" del portale "Amministrazione Trasparente" (V. Punto 10.2. del Piano). Nell'allegato 2 al presente Piano "Misure di prevenzione oggetto di adozione PTPCT 2022-2024" viene indicato, per ogni misura, lo stato di attuazione così come risultante dagli esiti dell'ultimo monitoraggio, per poi esporre la programmazione per il successivo triennio di riferimento.

4. Occorre da ultimo sottolineare come l'**incremento del grado di automazione e digitalizzazione** di molti processi abbia consentito di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione.

Nell'anno 2022 AOUSA ha aderito al progetto "competenze Digitali per la PA" promosso dalla Dip Funzione Pubblica per la valorizzazione lo sviluppo del capitale umano nelle P.A. Il progetto è finalizzato ad uniformare le competenze digitali dei dipendenti pubblici attraverso una formazione mirata, offerta loro dopo una analisi del fabbisogno individuale.

IL QUADRO NORMATIVO: Piano Nazionale Anticorruzione, gli aggiornamenti 2021

Il Consiglio di Anac, nella seduta del 21 luglio 2021, è intervenuto sul Piano Nazionale Anticorruzione. In considerazione delle profonde e sistematiche riforme che interessano i settori cruciali del Paese, e primi tra essi quello della prevenzione della corruzione e quello dei contratti pubblici, ha ritenuto per il momento di limitarsi, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019-2021, a fornire un quadro delle fonti normative e delle deliberazioni sopravvenute e rilevanti rispetto alla originaria approvazione del piano triennale. Le stesse vengono riportate nelle tabelle di seguito riportate, aggiornate alla data del 16 luglio 2021.

Tabella dei decreti legge intervenuti nel 2021 in corso di conversione in legge ed eventuali atti dell'Autorità adottati in relazione alle modifiche normative introdotte

Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77 <i>"Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure"</i> (Scadenza per la relativa conversione in legge 30 luglio 2021) ART. 47 "Pari opportunità, generazionali e di genere, nei contratti pubblici PNRR e PNC"	Il comma 9 dell'art. 47 dispone l'obbligo di pubblicare sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", ai sensi dell'articolo 29 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 i rapporti sulla situazione del personale, ai sensi dell'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 e le relazioni di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta. La norma dispone anche un obbligo di comunicazione di tali dati alla Presidenza del consiglio dei ministri ovvero ai Ministri o alle autorità delegate per le pari opportunità e della famiglia e per le politiche giovanili e il servizio civile universale.
Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante <i>"misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche"</i>	La norma prevede l'adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, di un "Piano integrato di attività e di organizzazione" <i>"nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190"</i>.

amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia" Convertito nella legge 113 del 6 agosto 2021 Art. 6 “ <i>Piano integrato di attività e organizzazione</i> ”.	
---	--

Oltre a quanto sopra, e come già evidenziato in premessa, è d’obbligo sottolineare qui le recenti novità previste dal D.L 36/2022 (il c.d. “PNRR2”) tra le quali all’art. 4 è previsto l’aggiornamento dei Codici di comportamento della P.A. con misure dedicate al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l’immagine della Pubblica Amministrazione.

3. IL CONTESTO INTERNO

L’ Azienda ospedaliero - universitaria Sant’Andrea è stata istituita con la L. n. 453/1999 quale struttura di rilievo nazionale e di alta specialità e sede della II facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza Università di Roma.

Ai sensi dell’art. 2 del D.Lgs. n. 517/99 è stato disciplinato il modello organizzativo dell'Azienda e modificata la denominazione in “Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea”.

L’Azienda è oggi sede della facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma, sede di riferimento del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle Professioni sanitarie e dei corsi di specializzazione post-laurea afferenti all’Università.

L’Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile ai sensi dell’art. 4 comma 5 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. .

Come disciplinato dal Protocollo d’Intesa Regione – Università, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 208/2016, pubblicato sul BUR Lazio del 21.6.2016, l’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea è sede del polo didattico della facoltà di Medicina e psicologia dell’Università Sapienza, che assicura un’offerta formativa completa e articolata. In qualità di Azienda ospedaliero universitaria di cui all’art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs. n. 517/99, l’Azienda persegue l’obiettivo di realizzare la stretta integrazione e sinergia tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell’Università e quelle assistenziali e di efficienza gestionale proprie delle aziende sanitarie, riconoscendo l’inscindibilità delle tre funzioni (didattica, ricerca e assistenza).

3.1 - Ricettività della struttura al 2021

Ai fini dell’erogazione del servizio assistenziale, in base al Decreto del Commissario ad Acta n. 368/2014 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, così come rettificato dal DCA n. 412/2014, nonché dal Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (di cui ai DCA n. 303/2019, DCA n. 81/2020 e DGR n. 406/2020) e dalla Determinazione 18 giugno 2021, n

G07512 "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", tenuto conto di quanto confermato dal Protocollo d'Intesa tra Regione ed Università di cui al DCA 208/2016, l'Azienda dispone di **n. 460 posti letto** per acuti, di cui 421 posti letto destinati ai ricoveri a ciclo continuo e 39 ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per specialità come indicato nella suddetta Determinazione 18 giugno 2021, n G07512.

Nell'ambito delle reti regionali di alta specialità, l'Azienda riveste ruoli diversi a seconda delle specialità presenti e dei volumi di attività erogati negli anni passati.

In linea generale, pur essendo l'Azienda classificata come DEA di 1° livello, in presenza di pressoché tutte le discipline mediche e chirurgiche, essa assicura l'attività di emergenza/urgenza con livelli di autonomia e di prestazioni quali-quantitative paragonabili a quelli di un DEA di 2° livello, essendo residuale il numero di pazienti che il Sant'Andrea è costretto ad inviare all'*hub* di riferimento, trattandosi di casi limitati all'ambito pediatrico e infettivologico.

3.2 - Consistenza organica

Per l'espletamento dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca l'Azienda provvede con le risorse umane che, suddivise nei diversi profili professionali, al 01/01/2021 ammontano complessivamente a n. 2.062 unità, di cui n. 1.810 dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e n. 252 dipendenti dall'Università.

Secondo le previsioni di cui al D. Lgs 517/99, i professori e i ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda sono individuati dal Direttore generale, d'intesa con il Rettore, in conformità ai criteri stabiliti nel Protocollo d'Intesa tra Regione e Università; con lo stesso provvedimento è stabilita l'afferenza dei singoli professionisti e ricercatori universitari ai dipartimenti integrati.

I dirigenti medici a tempo indeterminato afferenti alle strutture assistenziali ricomprese nei DAI, sono distribuiti complessivamente e percentualmente in 65,3% ospedalieri e 34,7% universitari.

Ai professori e ricercatori universitari, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'adempimento dei doveri assistenziali, il personale universitario risponde al Direttore generale.

Nella tabella a seguire si dettaglia il personale presente in servizio al 01.01.2021.

Profilo contrattuale	Ospedalieri			Universitari			Totale
	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Sub-totale	Nr. Maschi	Nr. Femmine	Sub-totale	
DIRIGENTI							
Dirigenza Medica	145	195	340	124	57	181	521
Dirigenza Sanitaria	1	23	24	2	10	12	36
Dirigenza Amministrativa	6	4	10	0	0	0	10
Dirigenza Professionale	1	0	1	0	0	0	1
Dirigenza Tecnica	2	1	3	0	0	0	3
Sub-Totale Dirigenti	155	223	378	126	67	193	571
COMPARTO							
Comparto Sanitario	290	740	1.030	12	32	44	1.074
Comparto Tecnico	94	109	203	3	2	5	208
Comparto Professionale	0	0	0	0	0	0	0
Comparto Amministrativo	69	130	199	2	8	10	209
Sub-Totale Comparto	453	979	1.432	17	42	59	1.491
Totale complessivo	608	1.202	1.810	143	109	252	2.062

L'anno 2021 ha visto l'introduzione, per tutto il personale afferente all'area sanitaria, dell'obbligo vaccinale anti SARS Cov-2. In questo caso, l'Azienda ha preso iniziative di controllo ex-post, non essendo possibile accertare ex-ante il rispetto dell'obbligo. Ciò è avvenuto sia sulla base delle comunicazioni degli ordini professionali, sia attuando un controllo puntuale del green-pass, Laddove siano stati accertati casi di inadempimento, l'Azienda ha dato avvia alle idonee procedure presso gli uffici competenti.

3.3 - L'Atto Aziendale

In esecuzione dell'Atto Aziendale 2017, con deliberazione n. 842/2017 l'Azienda ha avviato un processo di trasformazione che ha condotto, tra l'altro, al conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali ed alla adozione del protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante.

Con deliberazione n. 921 del 09 settembre 2021, l'Azienda ha varato la «Proposta di modifica dell'Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea, approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00247 del 3 luglio 2017.», che ha avuto l'approvazione Regionale con Determinazione n. G0374 del 29 marzo 2022, «Approvazione delle modifiche parziali dell'Atto Aziendale della Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea approvato con il Decreto del Commissario ad Acta 3 luglio 2017 n. U00247»

La determinazione regionale di cui sopra è stata recepita con deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 07/04/2022.

L'atto aziendale è stato pubblicato e reso consultabile alla sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Tra i primi atti volti all'attuazione delle modifiche dell'Atto Aziendale vi è l'adozione del nuovo piano dei centri di costo aziendale, di cui alla deliberazione n. 584 del 12/05/2022.

4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE CORRUZIONE: FUNZIONI ED OBBLIGHI

Con deliberazione n. 672 del 20.10.2014, su proposta della U.O.S. Affari Generali e Consulenza Giuridica è stato istituito *“l'Ufficio anticorruzione e trasparenza”* per l'espletamento delle funzioni e attività previste dalla normativa in suddetta materia, in *staff* alla Direzione Generale, e individuato il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza.

Con deliberazione n. 480 del 31 maggio del 2016, concernente la rotazione degli incarichi dirigenziali in applicazione dei principi e delle norme di cui alla Legge 190/2012, l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza, ai sensi dell'art. 1, c. 7 L. 190/2012 e dell'art. 43 D.Lgs. 33/2013 è stato conferito alla dott.ssa Stefania Marconi, dirigente della UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica, avendo il dott. Nicola D'Agostino, precedentemente incaricato quale RPCT, assunto le funzioni di dirigente della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale e risultando lo stesso, pertanto, incompatibile con l'incarico in questione.

Con deliberazione n. 1210 del 27/12/2018, a seguito della soppressione della UOS Affari Generali e consulenza giuridica, intervenuta in dipendenza dell'applicazione del citato atto aziendale, è stato conferito/confermato l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza alla dott.ssa Stefania Marconi, incarico dalla stessa detenuto fino al 15 marzo 2022.

Con provvedimento del Direttore generale n. 447 dell'11 aprile 2022 l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza è stato conferito alla dott.ssa Rosa D'Arca, dirigente amministrativo, Direttore della UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento Amm.vo DAI nonché, dal 16 marzo 2022, direttore ad interim della UOC Affari Generali e consulenza giuridica.

Ai sensi degli *«Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione Trasparenza 2022»* laddove il RPCT svolga l'incarico in via esclusiva, circostanza che potrebbe verificarsi in enti di grandi dimensioni con organizzazione complessa, la durata dell'incarico dovrebbe non essere inferiore a tre anni e prorogabile una sola volta.⁴

Nel caso, invece, in cui l'incarico di Responsabile si configuri come incarico aggiuntivo a dirigente già titolare di altro incarico, la durata prevista è altamente raccomandato non sia inferiore a quella del contratto sottostante all'incarico già svolto, e comunque nel rispetto del limite temporale di tre anni di cui sopra si è detto, prevedendo eventualmente una sola proroga.

A fronte di una temporanea ed improvvisa assenza del RPCT, è opportuno che venga nominato un sostituto. Nel PTPCT, o, per gli enti tenuti all'adozione del PIAO, nell'apposita sezione del PIAO dedicata alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, quindi, vanno predisposte indicazioni per affrontare tale evenienza, prevedendo, ad esempio, una procedura organizzativa interna che, sulla base di criteri prestabiliti, permetta di individuare in modo automatico il sostituto del RPCT. Quando l'assenza si traduce, invece, in una vera e propria *vacatio* del ruolo di RPCT è compito dell'organo di indirizzo attivarsi immediatamente per la nomina di un nuovo Responsabile, con l'adozione di un atto formale di conferimento dell'incarico (v. art. 1, c. 7, L. 190/2012).

L'atto di nomina del RPCT è, del resto, uno dei presupposti necessari alla strategia funzionale a prevenire il rischio di corruzione all'interno dell'amministrazione.

⁴ Documento ANAC approvato dal consiglio il 02.02.2022 – sezione I – Scelta del responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Le funzioni del responsabile sono:

- proporre al Direttore Generale il piano Triennale di prevenzione della corruzione;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità rispetto ai fini previsti;
- proporre tutte le modifiche del piano a seguito dell'accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nelle attività dell'amministrazione;
- verificare l'attuazione, da parte dei Dirigenti competenti, delle misure previste nel Piano;
- definire, d'intesa con i Dirigenti delle strutture coinvolte e con la UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento Amministrativo DAI procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- individuare, su proposta dei dirigenti aziendali, il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

Ai sensi del D.Lgs. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, compete inoltre al Responsabile della prevenzione della corruzione:

- contestare agli eventuali interessati l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità con l'incarico ricoperto
- segnalare i casi di possibile violazione delle disposizioni sulla inconferibilità e/o incompatibilità all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla Legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Per l'espletamento delle funzioni attribuite dalla legge il Responsabile si avvale della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione, individuati nei Dirigenti responsabili delle strutture organizzative semplici e complesse aziendale, ovvero nei loro delegati.

Allo stato attuale, la carenza di risorse umane non ha consentito di dare concreta attuazione alla previsione, contenuta nella deliberazione 672/2014, di una struttura amministrativa di supporto al RPCT.

L'Azienda riconosce tuttavia la necessità di dotare il RPCT di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.

L'apporto al RPCT è attualmente prestato dalla collaborazione delle strutture coinvolte nei processi di prevenzione della corruzione nell'attuazione di tutte le misure di prevenzione, ivi comprese quelle di trasparenza e monitoraggio.

5. RESPONSABILITÀ DEL RPCT E REVOCA DELL'INCARICO

Per quanto concerne le responsabilità gravanti sul RPCT, l'articolo 1 comma 8 della legge 190/12 prevede che *"la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale"*.

Nel caso, poi, di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, l'articolo 1 comma 12 prevede una forma di responsabilità generale in capo al responsabile e, nello specifico, una responsabilità disciplinare, erariale e dirigenziale, salvo che lo stesso riesca a provare una serie di circostanze in grado di escludere la sussistenza di tale responsabilità. Infatti la norma citata prevede che in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi

dell'art. 21 del D.Lgs 165/2011 e s.i.m. e sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La sanzione disciplinare a carico del responsabile non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad una massimo di sei.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano triennale il Responsabile risponde ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001 e s.i.m. nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La revoca dell'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione, oggetto di approfondito esame da parte dell'Autorità nell'aggiornamento 2018, deve essere espressamente ed adeguatamente motivata. Deve inoltre essere comunicata all'ANAC, che entro 30 giorni può formulare richiesta di riesame qualora rilevi che la stessa sia correlata alle attività svolte dal responsabile in materia di prevenzione della corruzione. Rimane fermo l'obbligo di rotazione e la conseguente revoca dell'incarico nel caso in cui nei confronti del dirigente responsabile della prevenzione siano avviati procedimenti disciplinari o penali.

6. RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA'

Ai sensi della Legge 190/2012, il Responsabile entro il 15 dicembre di ogni anno deve trasmettere all'organo di indirizzo politico una relazione sui risultati dell'attività svolta, nonché curare che la stessa relazione sia pubblicata sul sito aziendale, e precisamente nell'area ad essa dedicata "amministrazione trasparente".

Con comunicato del 2 dicembre 2021, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'ANAC ha differito al 31 gennaio 2022, il termine per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale 2021 che i Responsabili per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT) sono tenuti ad elaborare, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012.

La relazione annuale sull'attività del RPCT riguardante il 2021, inviata preliminarmente alla Direzione Strategica e all'OIV per l'eventuale confronto sui relativi contenuti, è stata pubblicata sul sito web aziendale.

7. INSERIMENTO DELL'RPCT NELL'AMBITO DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI

Il RPCT è inserito nell'ambito del sistema dei controlli interni, al quale partecipa nei casi di segnalazioni effettuate dall'interno e/o dall'esterno e comunque su richiesta della Direzione Strategica, unitamente agli Organi ed Organismi, individuati sulla base delle vigenti disposizioni normative.

In particolare, ai sensi del D.Lgs. 286/1999 e s.m.i. le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati a:

- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);

- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvede il **Collegio Sindacale**, nominato con deliberazione n. 1302 del 23/12/2021 e insediato in data 12/01/2022.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, **OIV**, è stato nominato con deliberazione n. 109 del 04/02/2022 e partecipa al sistema dei controlli l'OIV, esercitando, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs 150/2009 le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 286 del 1999, nonché a monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni, mediante l'elaborazione di una relazione annuale sullo stato dello stesso.

L'OIV è altresì tenuto a comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, a validare la Relazione sulla performance, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione, a garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità, a proporre, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi, a promuovere e attestare, da ultimo, l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) e le strutture con funzioni assimilabili, devono:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Gli RPCT possono avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno, laddove presenti, per:

- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

I dirigenti svolgono costantemente l'attività di monitoraggio, verifica e controllo sul personale assegnato alle UU.OO., onde garantire il rispetto delle disposizioni aziendali e del Codice di comportamento.

8. I DIRIGENTI AZIENDALI QUALI "REFERENTI" PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle UU.OO e del responsabile della prevenzione della corruzione, secondo un processo "bottom up" in sede di formulazione delle proposte, e top down per la successiva fase di verifica ed applicazione; considerata la complessa articolazione organizzativa dell'Azienda, la individuazione e la declinazione dei processi e delle attività maggiormente esposte al rischio corruzione, nonché la concreta determinazione delle misure di prevenzione, avvengono attraverso un processo dinamico di confronto, di collaborazione, oltre che di raccolta delle proposte elaborate dai Dirigenti responsabili.

Viene confermato il ruolo del personale Dirigente - cui è stato richiesto dal RPCT di individuare figure di riferimento, per singola unità operativa, nella gestione dei processi finalizzata alla prevenzione della corruzione, specie con riferimento alla attuazione delle misure di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.- quale referente per la prevenzione della corruzione per le materie di sua competenza, nonché soggetto responsabile della produzione e pubblicazione degli atti sul sito web aziendale – sezione Amministrazione Trasparente.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative sono tenuti a:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumere la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Pertanto tutti i Dirigenti aziendali, titolari di incarico di direzione di UOC e di UOS, prestano la necessaria collaborazione nei confronti del Responsabile nelle fasi di:

- mappatura dei processi;
- individuazione ed analisi dei rischi connessi alle attività di competenza;
- formulazione di proposte e di misure idonee per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni corruttivi;
- monitoraggio sull'attuazione ed efficacia delle misure introdotte;
- controllo circa il rispetto delle misure da parte del personale assegnato;
- trasmissione di informazioni, secondo le scadenze prestabilite e comunque su richiesta del RPCT, e di segnalazioni al verificarsi di eventi "corruttivi";
- formulazione delle proposte in ordine alla rotazione del personale assegnato esposto al rischio corruzione.

L'assolvimento di tutte le attività sopra previste costituisce obiettivo che contribuisce al conseguimento della performance da parte di tutti i dirigenti.

I Dirigenti responsabili di struttura semplice e complessa, con riguardo alle attività a rischio corruzione di cui al presente piano, effettuano periodicamente il monitoraggio del rispetto dei termini procedurali ed attestano periodicamente l'avvenuta effettuazione delle verifiche.

Sempre con riguardo alle attività a rischio corruzione, i Dirigenti sono tenuti ad informare tempestivamente e senza ritardo il Responsabile in merito alle eventuali anomalie riscontrate, che possano configurarsi quali fenomeni di *maladministration*, fornendo adeguata relazione.

I dirigenti sono altresì tenuti a segnalare al RPCT qualsiasi anomalia riscontrata consistente nella mancata attuazione delle misure oggetto del presente piano, provvedendo contestualmente a porre in essere tutte le azioni volte alla pronta e tempestiva eliminazione delle predette anomalie.

I Dirigenti propongono, infine, al Responsabile della prevenzione ed al Direttore della UOC Formazione, Ricerca e Coordinamento amministrativo DAI le attività di formazione che ritengono adeguate alle attività svolte dal personale assegnato, indicando, in linea con le competenze attribuite, le materie che dovranno essere oggetto di formazione ed i nominativi del personale da formare nell'ambito delle citate attività, nonché il grado di conoscenza delle stesse da parte dei singoli.

Tutti i dipendenti sono chiamati a relazionare al Dirigente della U.O. di afferenza in merito a tutte le eventuali anomalie riscontrate in ordine al rispetto dei termini procedurali e comunque su ogni anomalia in ordine all'applicazione del presente piano.

9. MAPPATURA DEI PROCESSI - MISURE METODOLOGICHE ADOTTATE E INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Per quanto riguarda di mappatura dei processi, l'Azienda conferma l'impostazione metodologica perseguita fin dall'anno 2017, integrata dai principi enunciati nell'allegato 1 al PNA 2019.

La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura è stata condotta come segue:

- 1) Individuazione dei processi: tutti i dirigenti sono stati chiamati ad individuare i processi gestiti dalla UO per i quali prevedere un apposito "trattamento" ai fini della prevenzione della corruzione;
- 2) Suddivisione dei processi in sottoprocessi: ciascun processo è stato suddiviso, ove possibile, in sottoprocessi ed eventualmente in fasi, in base alla maggiore o minore complessità delle attività oggetto di analisi. In fase di mappatura, infatti, la maggiore analiticità consente di individuarne più facilmente i punti maggiormente vulnerabili e dunque i potenziali rischi incidenti;
- 3) Individuazione del soggetto/i responsabile/i del processo/sottoprocesso/fase;
- 4) Analisi dei rischi: sulla base dei processi analizzati e delle fasi di cui essi si compongono, è stato richiesto ai dirigenti di individuare i rischi potenzialmente idonei ad incidere sul buon andamento, anche sulla base delle fonti informative disponibili, della casistica dei fenomeni di *maladministration* registrati in Azienda, e dei fenomeni che, anche sulla base della diffusione di notizie a mezzo stampa, si ripetano con frequenza nell'ambito oggetto di analisi;
- 5) Ponderazione e graduazione del rischio: il rischio, che può essere classificato come basso, medio o elevato, è stato valutato dai dirigenti secondo il criterio della prudenza, contemperando la valutazione relativa alla probabilità del verificarsi dell'evento dannoso, con la definizione delle priorità di intervento e trattamento;
- 6) Individuazione delle misure già adottate per la prevenzione: è stato richiesto a ciascun dirigente di evidenziare le misure preventive già presenti, quali, a titolo esemplificativo, regolamenti, circolari, linee guida, attuazione di iniziative formative rivolte agli operatori coinvolti nelle attività, misure di rotazione del personale, anche mediante il meccanismo di segregazione delle funzioni, rafforzamento della trasparenza rispetto alle misure minime individuate dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., rafforzamento delle attività monitoraggio e controllo dei processi, gestione, in termini preventivi, delle ipotesi di conflitto di interesse;

7) Individuazione di misure di prevenzione ulteriori, sulla base del rischio residuo, anche eventualmente riclassificato in base alla ravvisata efficacia delle misure adottate in precedenza: nel richiamare il principio della obbligatoria sostenibilità delle misure da adottare, sia dal punto di vista economico che da quello organizzativo, al fine di facilitare l'individuazione dei possibili rimedi, è stato sottoposto ai dirigenti l'elenco, di seguito riportato, delle possibili cause che possano dare luogo al verificarsi di eventi dannosi, quali, a titolo esemplificativo:

- mancanza di controlli: in fase di analisi andrà verificato se i controlli siano stati previsti e vengano efficacemente attuati;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo in capo a pochi o ad un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza e/o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di separazione tra politica e amministrazione.

I dirigenti sono costantemente coinvolti nel processo di revisione della mappatura delle Aree di rischio generale e nel processo di mappatura delle aree di rischio specifiche nel settore sanità, nonché nella attività di individuazione dei rischi.

Da ottobre a dicembre 2021, il RPCT ha svolto colloqui con i responsabili di tutte le UU.OO. Aziendali coinvolte al fine rivedere i processi già mappati e individuarne di nuovi.

Frutto di tale analisi è stata l'elaborazione di n. 33 Nuove Misure, aggiunte alle precedenti in vari ambiti dell'organizzazione aziendale e, analogamente, non sono state confermate per il triennio 2022-24 n. 20 Misure che risultavano aver raggiunto un completo grado di attuazione e di standardizzazione, come riportate nell'allegato 2 al presente Piano.

E' stato fornito, anche quest'anno, ai Dirigenti il documento denominato Anagrafica dei rischi (Allegato 5), ovvero un elenco dei principali rischi di corruzione che con maggiore frequenza e probabilità potrebbero verificarsi.

La logica della mappatura dei processi, dell'individuazione dei rischi e delle correlate misure preventive costituisce, infatti, uno strumento che consente di analizzare le criticità che rischiano di deviare l'agire amministrativo dal perseguimento del precipuo interesse pubblico e che "costringe" alla individuazione di soluzioni in grado di semplificare e di migliorare l'efficienza dell'organizzazione.

Il processo di gestione del rischio, sebbene connotato da indiscutibili margini di miglioramento, risulta complessivamente sufficientemente rodato, almeno per quanto riguarda le modalità e gli strumenti di analisi utilizzati (Protocolli operativi).

Permangono, in taluni casi, criticità nei soggetti gestori dei processi e dei rischi ad essi correlati, nell'effettuare analisi che risultino al contempo esaustive e sintetiche, nel distinguere adeguatamente il concetto di processo da quello dei singoli procedimenti amministrativi che lo compongono, nonché criticità e disallineamenti temporali nell'esecuzione dei monitoraggi periodici, secondo le scadenze fissate dal Piano.

Si registrano alcuni ritardi nel tempestivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, legati anche alla alimentazione manuale delle informazioni da inserire nel portale dedicato.

Le criticità emerse sono senz'altro in parte ascrivibili alla assenza di uno staff dedicato in via esclusiva alla prevenzione della corruzione.

Per il triennio 2022 – 2024 si intende confermare, in parte, le misure già indicate nei Piani precedenti e proporre di nuove, sulla base di quanto segnalato dai dirigenti delle UU.OO. nella revisione della Mappatura o nei colloqui individuali con il RPCT.

Peraltro, il pesante condizionamento imposto dalla emergenza pandemica non ha consentito di pervenire alla attuazione, entro i termini prestabiliti, di tutte le misure oggetto del precedente Piano per gli anni 2020/ 2021. Per tali ragioni, talune misure sono state riproposte anche per il triennio 2022-2024 e numerose altre, ritenute di perdurante efficacia, sono state confermate.

Nella individuazione delle misure di prevenzione si è tentato di armonizzare, a fini di prevenzione della corruzione, gli obiettivi di efficienza con gli adempimenti, numerosi e crescenti, imposti dalla vigente normativa, nella profonda consapevolezza che talvolta la ricerca di misure nuove o innovative rischia di sortire l'effetto contrario rispetto al principio che si intende perseguire. Nel caso di specie, dunque, si è tentato di evitare che l'individuazione di misure ulteriori rispetto a quelle già in essere, per taluni processi, possa determinare un appesantimento ulteriore delle procedure che rischi di determinare un malfunzionamento.

10. MISURE PER L'ABBATTIMENTO DEL RISCHIO

Fin dall'adozione del PTPC 2016-2018 l'Azienda ha optato per l'adozione di misure che potessero risultare efficaci e sostenibili, dal punto di vista economico, temporale e relativo all'impatto organizzativo.

Le misure che l'Azienda intende porre in essere per il triennio 2022 – 2024 confermano l'impostazione seguita in passato e si traducono in azioni volte alla regolamentazione di taluni processi/procedimenti, al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al rafforzamento della trasparenza nei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, alla formazione e sensibilizzazione etica del personale, alla rotazione del personale operante in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, privilegiando meccanismi di segregazione delle funzioni onde non recare pregiudizio al buon andamento dell'attività amministrativa, alla gestione delle ipotesi di conflitto di interesse.

L'Azienda ribadisce la necessità di proseguire nella attuazione di tutte le misure già adottate, indicate nei precedenti PTPC, da intendersi espressamente richiamate, anche se non materialmente trascritte, finalizzate alla prevenzione del rischio nelle Aree di rischio generali e specifiche (SSN).

In particolare, le ulteriori misure individuate nell'ambito di processi/subprocessi e fasi, oggetto di espressa ulteriore previsione per il triennio 2022-2024, sono contenute nell'allegato 2 al presente Piano.

10.1 MISURE DI REGOLAMENTAZIONE

L'Azienda riconosce la necessità di procedere alla revisione ed all'aggiornamento costante dei regolamenti esistenti, alla approvazione di regolamenti e procedure che assicurino il rispetto del contesto normativo ulteriori, anche a fronte della naturale produzione/evoluzione legislativa, alla verifica sul rispetto delle disposizioni contenute nei regolamenti esistenti.

I regolamenti la cui adozione è prevista per il triennio 2022-2024 sono indicati nel documento Allegato 2 al presente Piano, riepilogativo delle misure di prevenzione oggetto di adozione.

10.2 MISURE DI CONTROLLO E MONITORAGGIO

A conferma di quanto già disposto nel Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017, per l'attuazione delle misure specifiche di intervento delle attività a medio ed alto rischio di corruzione, si è reso necessario attuare un meccanismo di auditing al fine di procedere ad un'analisi più specifica delle aree già individuate, alla individuazione di ulteriori aree che potrebbero essere esposte al rischio corruzione, ed all'attivazione delle azioni sostenibili, idonee a ridurre i rischi individuati.

Il sistema di auditing relativo agli aspetti legati all'anti-corruzione dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- Monitorare l'attuazione delle misure;
- Accertarne la sostenibilità, la congruità e l'efficacia;
- Verificare l'efficacia dei Protocolli Operativi per la predisposizione del Piano;
- Identificare eventuali aree di miglioramento, in raccordo con il Dirigente della struttura interessata, nell'ambito del Protocollo Operativo e delle procedure in essere.

I monitoraggi periodici, redatti secondo lo schema di cui all'allegato 3 al presente Piano, sono effettuati dai dirigenti responsabili delle UU.OO. e sono pubblicati nella versione prodotta da ogni singola struttura in formato PDF nell'area amministrazione trasparente della sezione altri contenuti/dati ulteriori.

L'impostazione perseguita dall'Azienda per assicurare il monitoraggio prevede che venga effettuata, per categoria di rischio basso/medio/elevato, la verifica periodica sulla efficacia delle misure adottate rispetto ai procedimenti di competenza della struttura diretta (annuale per rischio basso, semestrale per rischio medio e quadrimestrale per rischio elevato).

A prescindere dalla classificazione del rischio, permane in capo ai dirigenti il dovere di procedere al costante monitoraggio, controllo ed alla verifica sulla correttezza dei procedimenti amministrativi intrapresi nonché sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate. Permane altresì l'obbligo di procedere alla segnalazione nei confronti del RPCT di episodi corruttivi, mediante l'utilizzo della scheda allegata al presente Piano (Allegato n. 4). La predetta segnalazione non esime tuttavia il dirigente dall'avvio di eventuali procedure disciplinari e, nei casi più gravi, dagli obblighi di denuncia alle Autorità Giudiziarie.

10.3 MISURE DI TRASPARENZA

La trasparenza costituisce una delle principali misure di prevenzione della corruzione. Per la trattazione analitica delle modalità di attuazione della trasparenza all'interno dell'Azienda si rinvia al paragrafo 12, rubricato "SEZIONE TRASPARENZA".

10.4 MISURE DI FORMAZIONE, PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO

Le attività di formazione sono svolte secondo le modalità e con la tempistica indicata nel piano formativo aziendale, con l'obiettivo di fornire gli strumenti mediante i quali il personale acquisisca la capacità di assolvere alla propria funzione mettendo in pratica le disposizioni normative e quelle stabilite nei regolamenti attuativi, anche di carattere aziendale e nei PTPCT.

L'Azienda, consapevole che in taluni casi, il verificarsi di fenomeni di *maladministration* può essere legato anche a difetti derivanti dal carente aggiornamento professionale, riconosce il valore della formazione quale misura che, determinando l'accrescimento della competenza professionale, consente di limitare il verificarsi di episodi di corruzione.

Ai sensi degli articoli 10-11 della Legge 190/2012, di concerto con la U.O.C Formazione, Ricerca e Coordinamento amministrativo DAI, sono state valorizzate le iniziative formative in materia di acquisti e contratti pubblici ed in materia di prevenzione della corruzione

L'Azienda, nell'ambito del programma di formazione per la prevenzione della corruzione, intende, nel corso del triennio, proseguire l'attività di formazione specifica rivolta al personale che opera in aree a rischio corruzione.

La formazione potrà essere svolta, oltre che nel modo classico dell'incontro formale, anche e –in considerazione del perdurante assetto emergenziale - soprattutto attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche mediante il sito web e l'intranet aziendale, anche tramite la pubblicazione di materiale nell'area amministrazione trasparente o mediante corsi FAD.

Obiettivo costante è quello di procedere all'aggiornamento delle conoscenze acquisite nei settori di competenza, al fine di contenere ipotesi di inadeguata applicazione dei principi e delle norme che regolano l'agire della P.A.

10.5 MISURE DI ROTAZIONE

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizio, procedimento e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo che determinino a loro volta il rischio di incorrere in ulteriori ipotesi di *maladministration*. Per tali ragioni, appare evidente che la rotazione deve essere preceduta da idonei percorsi formativi e di affiancamento che assicurino la prosecuzione delle attività ordinarie e che garantiscano la regolare erogazione dei servizi.

In altre parole, la rotazione deve essere impiegata in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Risultando evidente che il principio di rotazione non possa essere applicato in ambiti nei quali non sia possibile attuare i concetti di fungibilità della prestazione lavorativa (personale medico) e nelle more della possibile attuazione di sistemi di rotazione che assicurino la continuità e la coerenza di indirizzo delle strutture, a garanzia del principio di buon andamento dell'agire amministrativo, l'Azienda, già con disposizione di servizio n. 1 del 23/12/2014 in materia di attuazione del principio di rotazione nelle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, ha fornito indicazioni sulla relativa attuazione. La rotazione del personale dirigente del ruolo amministrativo è stata oggetto di ulteriori provvedimenti. Il personale dirigente è pertanto chiamato ad assicurare la rotazione dei funzionari incaricati (personale direttivo) nei settori considerati maggiormente a rischio, salvaguardando le competenze e le professionalità acquisite, mediante sistemi di affiancamento, ove possibile, ovvero mediante il meccanismo della segregazione delle funzioni.

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha ultimato la rotazione degli incarichi dirigenziali iniziata nell'anno 2013. Nel corso del 2017 è stata attuata la rotazione del personale di comparto mediante meccanismi di segregazione delle funzioni, con riferimento agli incarichi di DEC nell'ambito di contratti di fornitura di beni e servizi.

Nel corso dell'anno 2018 la rotazione si è realizzata anche mediante il conferimento dei nuovi incarichi di posizione organizzativa nell'ambito del comparto, nonché mediante il conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, in attuazione di quanto disposto dall'atto aziendale.

Nel corso del 2019, l'immissione in servizio di nuove risorse umane, a fronte del completamento delle procedure di avviso indette nell'anno 2018 per il reclutamento, a tempo determinato, di personale amministrativo ha consentito, per il personale amministrativo di comparto, una migliore distribuzione delle attività lavorative, consentendo altresì la realizzazione delle logiche dell'affiancamento, che sottendono il principio di segregazione delle funzioni.

Nel 2020, a seguito della adozione, con deliberazione 625/2020, del Regolamento Aziendale per la graduazione, l'affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione, sono state avviate le procedure per il conferimento degli incarichi di funzione al personale di comparto. Proseguite per tutto il 2020 e 2021, le procedure sono terminate nell'ottobre 2021, con l'affidamento degli incarichi di funzione di tipo amministrativo.

Nel triennio 2022-2024, l'Azienda intende proseguire, nei settori più esposti a rischio di corruzione (incarichi e nomine, acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici) i processi di rotazione sia mediante l'alternanza delle figure chiamate a ricoprire i ruoli di responsabile di procedimento, di componente di commissioni di gara e di concorso, sia mediante il ricorso al più volte richiamato principio della segregazione delle funzioni, quale sistema idoneo ad evitare l'accentramento, in capo al medesimo soggetto, di una pluralità di compiti e funzioni.

Si conferma in questa sede il principio secondo il quale, di norma, nelle procedure di gara, il ruolo di responsabile del procedimento deve essere conferito ad un soggetto diverso dal dirigente della struttura che propone alla Direzione strategica l'adozione del provvedimento finale.

Considerato inoltre che l'attuazione della misura della rotazione deve poter avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità nella gestione delle attività, si conferma l'impostazione secondo la quale, in ogni caso, la ulteriore rotazione degli incarichi dirigenziali sarà realizzata, nel tempo, in momenti diversi rispetto a quella del personale del comparto. In tal modo il meccanismo di rotazione potrà salvaguardare il primario interesse al buon andamento dell'azione amministrativa/assistenziale garantendo la dovuta continuità e la conservazione delle necessarie conoscenze/competenze all'interno delle diverse strutture.

La rotazione non potrà, in ogni caso, essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il requisito di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.

Occorre peraltro rimarcare che nell'ambito dell'area sanitaria non medica (farmacia-fisica- biologia-chimica etc.) non è, allo stato, possibile attuare il principio di rotazione, a causa della carenza di risorse umane fungibili in servizio presso l'Azienda; nell'ambito, invece, dell'area sanitaria medica il suddetto meccanismo di rotazione può essere, evidentemente, attuato solo ed esclusivamente all'interno della stessa U.O. .

10.6 MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE

La legge 190/2012 prevede una serie di meccanismi a tutela del c.d. "*whistleblower*", ossia il dipendente pubblico che denuncia alla magistratura ordinaria, contabile o ai suoi superiori gerarchici episodi di corruzione così come intesa e descritta sia dalla predetta disciplina normativa che dal presente piano. Tale disciplina di tutela prevede i seguenti tre capisaldi da osservare: 1) tutela dell'anonimato, 2) divieto di discriminazione del "*whistleblower*", 3) sottrazione al diritto di accesso della segnalazione, fatte salve le ipotesi eccezionali di cui all'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001.

La materia è stata innovata con l'entrata in vigore della Legge 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" (Legge n. 179/2017), nonché dalle Linee Guida recentemente emanate dall'Autorità, che tutelano i cosiddetti "*whistleblower*", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Per quanto riguarda la Pubblica amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del dipendente siano stati motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

Nel corso del 2016 è stato acquisito dall'Azienda il software per la gestione informatica delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, rinnovato nell'ottobre 2021.

L'obiettivo perseguito da questa Azienda è di fornire, con tale strumento, al *whistleblower* indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento. La segnalazione (cd. *whistleblowing*), in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il *whistleblower* contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione pubblica e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Per quanto concerne le segnalazioni ulteriori, rispetto a quelle provenienti dal *whistleblower*, è stato predisposto un modello la cui compilazione compete ai dirigenti dell'Azienda.

La predetta segnalazione, che non determina la sostituzione del RPCT nelle funzioni di competenza del dirigente, quali, ad esempio, l'avvio di azioni di natura disciplinare o penale, deve costituire un allarme per rianalizzare il processo interessato dall'episodio, analizzare le cause del mancato funzionamento delle misure adottate e determinare la revisione ed il rafforzamento delle stesse.

10.7 MISURE PER LA PREVENZIONE DI IPOTESI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Come è noto, il conflitto di interessi, attuale o potenziale, è definito come la condizione o l'insieme di circostanze che creano o accrescono il rischio che gli interessi primari, quali il corretto adempimento dei doveri istituzionali finalizzati al perseguimento del bene pubblico, possano essere compromessi da interessi secondari, ossia privati, e che possano pertanto creare un pregiudizio all'esercizio imparziale delle funzioni al dipendente attribuite.

Configura conflitto di interesse lo svolgimento, sia in termini attuali e concreti, che in termini potenziali, di funzioni che possano subire un'interferenza con il corretto esercizio dell'attività svolta, tali da non assicurare la garanzia del rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità nel perseguimento dell'interesse pubblico.

Il conflitto d'interessi è attuale quando si manifesta durante il processo decisionale del soggetto decisore; è, invece, potenziale nell'ipotesi in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) del dipendente possa potenzialmente tendere a interferire con l'interesse primario dell'Azienda. (v. definizione ex delibera n. 1333/2017)

Le principali disposizioni normative che disciplinano le modalità di gestione delle ipotesi di conflitto di interesse, anche potenziale, da parte dei dipendenti pubblici sono contenute all'art. 6 del D.P.R. N. 62/2013, all'art. 6 bis della legge 241/90 ed all'art. 42 del D.Lgs. 50/2016.

Ai sensi del comma 41, art. 1 della Legge 190/12 ed ai rinvii normativi in esso contenuti, tutti i soggetti nominati quali responsabili del procedimento, i titolari di uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione, anche potenziale, al proprio Dirigente.

Le disposizioni in materia di astensione, nelle ipotesi di conflitto di interesse, sono state trasfuse nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda nonché nei Regolamenti Aziendali interessati dalla materia.

11. SEZIONE TRASPARENZA

Come noto la trasparenza, a seguito delle modificazioni apportate dal D.Lgs. 97/2016 non è più oggetto di un Piano separato dal PTPC, del quale, al contrario, costituisce una sezione.

Il PTPCT individua le modalità di attuazione della trasparenza mediante lo strumento costituito dall'allegato 1, nel quale vengono declinati gli obblighi di pubblicazione, i responsabili della produzione degli atti e delle informazioni, i responsabili della relativa pubblicazione, nonché la tempistica degli adempimenti.

L'Azienda riconosce e promuove il valore della trasparenza quale misura di rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa costituisce uno degli strumenti di promozione dell'integrità e di sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Con deliberazione n. 268 del 10 marzo 2022, l'Azienda ha ritenuto procedere all'aggiornamento del preesistente Regolamento di esercizio del diritto di accesso, al fine di adeguarne il contenuto alle intervenute modifiche normative con particolare riferimento a quelle apportate al D.Lgs 196/2003 in materia di trattamento dei dati personali (v. regolamento europeo GDPR 679/2016 e D.Lgs 101/2018) , nonché a quelle introdotte dalla Legge 24/2017 (Gelli-Bianco) in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il Regolamento è stato pubblicato ed è consultabile alla sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Atteso che costituisce contenuto indefettibile del PTPC la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza, l'Azienda, al fine di semplificare gli adempimenti in tema di pubblicità degli atti e dati contenuti nel D.Lgs 33/2013, utilizza, a far data dal 01/06/2018, il software denominato PA33, che consente la gestione dei dati e dei documenti oggetto di pubblicazione da parte delle strutture aziendali competenti per materia, nel rispetto dell'assetto organizzativo vigente.

Attualmente la sezione Trasparenza del sito web aziendale è organizzata in 2 cartelle, contenenti rispettivamente l'una tutti i dati e le informazioni pubblicate fino al 31/05/2018, l'altra i dati ed informazioni a far data dal 01/06/2018.

E' onere dei dirigenti, secondo le competenze indicate all'allegato 1 del presente Piano, garantire il regolare flusso delle pubblicazioni di competenza, nel rispetto della tempistica prevista dalla vigente normativa e nell'ottica della necessaria responsabilizzazione delle strutture interne. A tal fine, qualora non sia previsto uno specifico termine di legge, si fa presente che la locuzione "tempestivo" deve essere intesa come un periodo compreso tra i 30 ed i 90 giorni, tenuto conto della specificità e della complessità di alcuni adempimenti che le strutture sono chiamate ad attuare.

Il RPCT svolge funzioni di controllo sul rispetto degli obblighi di trasparenza, segnalando alla Direzione Strategica, all'OIV e, nei casi più gravi, all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, i casi di ritardato o mancato adempimento.

Il "popolamento" della sezione "dati ulteriori", avviene su proposta dei dirigenti responsabili di U.O. previo parere favorevole del Direttore della Direzione cui afferisce la U.O. proponente.

Nell'allegato 1 sono indicati in dettaglio:

1. i flussi informativi per garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;
2. i responsabili delle diverse fasi individuate per giungere alla pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" (individuazione/elaborazione dei dati, trasmissione, pubblicazione, aggiornamento)
3. i termini per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati
4. i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.
5. le modalità per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

12. PIANO ATTIVITA' TRIENNIO ATTUAZIONE MISURE

Il piano delle attività non ha un carattere esaustivo, in quanto le misure ivi contenute dovranno combinarsi con tutte le altre azioni, controlli e prescrizioni, previste nel Piano triennale ed in tutti gli altri documenti aziendali relativi a trasparenza e performance in modo da costituire un insieme di regole tese all'abbattimento del rischio di corruzione in tutte le attività esposte, in modo maggiore o minore, al rischio corruzione svolte dall'azienda.

Inoltre, stante la dinamicità del presente piano triennale, si prevede che attraverso un meccanismo di auditing l'Azienda possa ulteriormente riesaminare aree di rischio già individuate ovvero non adeguatamente mappate che potrebbero essere oggetto di trattamento mediante l'adozione di misure ulteriori di prevenzione.

In particolare, nel corso del triennio, si prevedono: attività di verifica e controllo di tutte le proposte segnalate, esame dei regolamenti esistenti per le eventuali, relative modifiche, predisposizione di nuove regolamentazioni con monitoraggio e reportistica per i settori maggiormente esposti, adeguamento della regolamentazione aziendale alle normative vigenti, interventi organizzativi, adeguamento sito web per eventuali ed ulteriori pubblicazioni dei dati aziendali, monitoraggio processi, adeguamento del piano triennale di prevenzione della corruzione, avvio dei protocolli di formazione ed attivazione della stessa, protocollo di rotazione del personale e verifiche richieste sul conflitto di interessi.

13. ARMONIZZAZIONE E INTEGRAZIONE TRA IL PIANO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ED IL PIANO DELLE PERFORMANCE

In questi anni l'Azienda ha avviato il percorso di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance, finalizzato al perfezionamento del sistema di individuazione degli obiettivi, di misurazione e monitoraggio delle azioni e di valutazione finale del raggiungimento degli stessi, così da rendere tale processo uno strumento ancora più efficace per il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti e per il completamento del processo di responsabilizzazione degli operatori aziendali.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs 97/2016) sono definiti dalla Direzione Strategica aziendale e sono inseriti tra i contenuti necessari del PTPCT. L'individuazione dei predetti obiettivi si inserisce nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione.

Analogamente, la revisione del Sistema di valutazione delle Performance Individuali e del connesso sistema premiante consente di correlare la premialità individuale sia al grado di raggiungimento della performance organizzativa di struttura che al contributo individuale del singolo dirigente (Performance Individuale).

L'Azienda ha molto investito, in questi anni, sulle metodologie volte a definire il processo di budget con l'obiettivo di allargare la platea dei soggetti coinvolti nel processo di negoziazione, prevedendo una più ampia composizione del comitato di budget e la partecipazione alla negoziazione da parte del personale di comparto. Ciò ha consentito di ottenere una maggiore partecipazione e, conseguentemente, più elevati livelli di responsabilizzazione da parte degli operatori coinvolti nel ciclo della performance.

Il Piano della performance costituirà oggetto di aggiornamento, come già evidenziato, all'esito del percorso nazionale volto a definire le linee guida in materia di PIAO e i conseguenti adeguamenti ordinamentali a livello regionale.

E' ferma convinzione dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Sant'Andrea che l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza debba essere concepita non come adempimento a se stante, ma come una politica di miglioramento organizzativo volta da un lato ad integrare tutte le misure adottate dall'Azienda e dall'altro a coinvolgere tutto il personale, dirigenziale e di comparto.

Dal punto di vista metodologico, l'armonizzazione e l'integrazione del Piano della Performance con il PTPCT si sostanzia nella specifica individuazione di macro-obiettivi strategici e di specifici obiettivi operativi e di relativi indicatori desunti dalle misure individuate nel suddetto PTPCT, che saranno riportati nell'Albero della Performance.

ALLEGATI

Gli allegati di seguito elencati sono parte integrante del presente documento

Allegato 1: Tabella degli obblighi di pubblicazione (ex D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016);

Allegato 2: Misure di prevenzione oggetto di adozione;

Allegato 3: Scheda per l'effettuazione del monitoraggio periodico dei procedimenti a rischio corruzione;

Allegato 4: Scheda utilizzata per la segnalazione di eventi corruttivi;

Allegato 5: Anagrafica dei rischi.