

**ALLEGATO A**



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**AGGIORNAMENTO AL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA 2022 – 2024**

Approvato con Deliberazione n. 623 del 13 aprile 2022

## Sommario

1.	IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA .....	6
2.	I SOGGETTI COINVOLTI: RUOLI E RESPONSABILITA' .....	6
	La Direzione Generale e Strategica .....	7
	Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza .....	8
	I Dirigenti / Referenti .....	8
	Il CIV - Consiglio di Indirizzo e Verifica.....	9
	L' OIV – Organismo indipendente di Valutazione .....	9
	Il Collegio Sindacale.....	10
	Tutti i Dipendenti del Policlinico.....	10
	I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione .....	11
	Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio .....	11
	Il Responsabile della Protezione dei Dati .....	11
	Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) .....	11
	Il Direttore dell'U.O. Controllo di Gestione.....	11
3.	I PROVVEDIMENTI DELLA REGIONE LIGURIA E IL GRUPPO DI LAVORO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	11
4.	OBIETTIVI STRATEGICI SU PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....	13
5.	COLLEGAMENTO TRA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA E I SISTEMI DI MISURAZIONE DEL CONTROLLO INTERNO E DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE .....	14
	SEZIONE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	16
6.	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....	16
7.	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO .....	18
	L'ospedale Policlinico San Martino – Struttura e missione aziendale .....	18
	Modello organizzativo e mappatura dei processi .....	18
8.	IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....	21
9.	LA MAPPATURA DEI PROCESSI DI OGNI AREA AZIENDALE .....	22
10.	IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI .....	23
11.	PROGETTAZIONE- DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO .....	25

<b>12. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b>	<b>26</b>
<b>a. Misure di trasparenza .....</b>	<b>26</b>
<b>b. Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento .....</b>	<b>29</b>
<b>c. Misure di Formazione .....</b>	<b>30</b>
<b>B. Misure di sensibilizzazione e partecipazione .....</b>	<b>31</b>
<b>C. Misure di segnalazione e protezione .....</b>	<b>31</b>
<b>D. Misure di disciplina del Conflitto di interessi .....</b>	<b>33</b>
<b>E. Misure di controllo .....</b>	<b>41</b>
<b>13. MONITORAGGIO SULL'IDONEITA' E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE .....</b>	<b>42</b>
<b>14. DISPOSIZIONI FINALI.....</b>	<b>43</b>
<b>SEZIONE - II PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' .....</b>	<b>43</b>
<b>15. PREMessa E NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>43</b>
<b>16. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>44</b>
<b>17. STRUTTURE E SOGGETTI COINVOLTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA</b>	<b>45</b>
<b>18. LA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" DEL POLICLINICO .....</b>	<b>45</b>
<b>Implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente alla luce dell'emergenza sanitaria .....</b>	<b>46</b>
<b>Dirigenti responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati .....</b>	<b>46</b>
<b>Misure organizzative attuate al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ..</b>	<b>47</b>
<b>19. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA .....</b>	<b>48</b>
<b>20. ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI .....</b>	<b>48</b>
<b>21. TRASPARENZA E PRIVACY .....</b>	<b>49</b>
<b>RPCT E RPD .....</b>	<b>50</b>
<b>22. CRONOPROGRAMMA .....</b>	<b>50</b>
<b>23. DISPOSIZIONI FINALI.....</b>	<b>51</b>
<b>APPENDICE NORMATIVA.....</b>	<b>52</b>
<b>Principali fonti normative per la stesura del Piano.....</b>	<b>52</b>
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>58</b>

## ACRONIMI

A.LI.SA.	Azienda Regionale Sanitaria della Liguria
ANAC	Autorità Nazionale per l'Anticorruzione
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
CIV	Consiglio di Indirizzo e Verifica
CDR	Collegio dei Revisori
DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
IRCCS POLICLINICO	IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione della Performance
OO.SS.	Organizzazioni Sindacali
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPTI	Piano triennale per la trasparenza e l'integrità
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
ROF	Regolamento di Organizzazione e Funzionamento
RPCT	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
RPD	Responsabile della Protezione dei Dati
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
RPC	Responsabile prevenzione corruzione
U.O.	Unità Operativa
UPD	Ufficio procedimenti disciplinari
PFA	Piano formativo Aziendale

## DEFINIZIONI

CONTESTO ESTERNO	Insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca
CONTESTO INTERNO	Organizzazione interna e gestione operativa di una organizzazione
EVENTO CORRUTTIVO	Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente
MAPPATURA DEI PROCESSI	Individuazione ed analisi dei processi organizzativi
PANTOUFLAGE	Passaggio di funzionari o dipendenti pubblici a ditte private
RISCHIO CORRUTTIVO	Possibilità che si verifichi un evento corruttivo
RISCHIO CORRUTTIVO INERENTE	Entità del rischio di un evento corruttivo prima dell'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli. Le due dimensioni del rischio inerente sono: - Probabilità: eventualità che il rischio si verifichi - Impatto: Conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio
RISCHIO CORRUTTIVO RESIDUO	Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.
STAKEHOLDER	Soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato dell'attività di una organizzazione
WHISTLEBLOWER	Chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.
WHISTLEBLOWING	Procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il <i>whistleblower</i> .

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dal 15/04/2019 è l'Avv. Laura Oliveri nominata con Delibera n. 559 del 11/04/2019

**Tel. 010/5555108**

**E-mail: [responsabile.corruzione@hsanmartino.it](mailto:responsabile.corruzione@hsanmartino.it)**

**[responsabile.trasparenza@hsanmartino.it](mailto:responsabile.trasparenza@hsanmartino.it)**

**[laura.oliveri@hsanmartino.it](mailto:laura.oliveri@hsanmartino.it)**

## 1. IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA

Il piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza del Policlinico San Martino 2022 – 2024 si colloca in una linea di continuità con i precedenti, e di progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2019 di ANAC.

Costituisce, come negli anni passati, l'aggiornamento annuale del piano triennale 2021 – 2023, approvato con deliberazione n. 638 del 31.03.2021 del Policlinico e lo strumento di pianificazione del sistema di prevenzione della corruzione per il triennio 2022-2024.

In linea con quanto indicato dall'ANAC nel PNA 2016, comprende una specifica sezione dedicata alla Trasparenza.

In esso sono riportate, in maniera sintetica, tutte le iniziative assunte dal Policlinico in merito alla trasparenza ed alla legalità e le iniziative che lo stesso si propone di realizzare con riferimento alle medesime tematiche nel triennio 2022 – 2024.

Il piano è condiviso con tutte le strutture che erogano attività amministrative, tecniche e sanitarie. Al fine di assicurarne la massima partecipazione, esso viene diffuso a tutti i dipendenti ed agli *stakeholder* esterni mediante utilizzo dei canali informatici (intranet Aziendale e sito web).

Il piano viene trasmesso all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, per consentire lo svolgimento dei compiti di verifica e controllo sull'adempimento degli obblighi di trasparenza legislativamente previsti.

## 2. I SOGGETTI COINVOLTI: RUOLI E RESPONSABILITA'

Nonostante la disciplina vigente assegni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, al fine di rendere efficace l'intero sistema di prevenzione, tutti gli altri soggetti dell'amministrazione mantengono, ciascuno, il proprio personale livello di responsabilità in base ai compiti effettivamente svolti.

Al fine di consentire una maggiore condivisione del processo di adozione del PTPCT, con particolare riferimento al processo della gestione del rischio, da parte dei dirigenti e, in generale, da parte delle Strutture Aziendali, si è cercato di introdurre soluzioni organizzative il più possibile semplici, informali, basati sulla collaborazione e sulla fiducia tra le persone.

Esse si possono riassumere nei seguenti punti:

1. Creazione di una rete di referenti e soggetti di supporto che possano facilitare il dialogo tra il RPCT e le varie Strutture Aziendali;
2. Creazione di una specifica casella sulla intranet aziendale denominata "Anticorruzione e Trasparenza" nella quale vengono pubblicati i documenti e gli aggiornamenti più significativi in materia, oltre alla modulistica e la normativa di riferimento;
3. Organizzazione di incontri con il personale delle aree a rischio in modo da concordare le attività da svolgere e monitorare l'applicazione delle disposizioni e delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione nonché dello svolgimento degli adempimenti in materia di trasparenza;

4. Indicazioni sulle attività principali da svolgere nel corso dell'anno, e delle relative tempistiche, attraverso la predisposizione di obiettivi di budget specifici (previa condivisione con le Strutture degli obiettivi e delle scadenze);
5. Coordinamento con gli organi aziendali di indirizzo e controllo (CIV, Collegio Sindacale, OIV).

Coerentemente con quanto indicato dall'ANAC i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione del Policlinico sono rappresentati nello schema seguente:



### La Direzione Generale e Strategica

Quali organi di indirizzo dell'Ente, IL Direttore Generale e la Direzione Strategica in base alla normativa statale, regionale ed al PNA:

- ✓ definiscono obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ nominano il RPCT e crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- ✓ assicurano al RPCT un supporto concreto garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate al fine di garantire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- ✓ promuovono una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione incentivando l'attuazione di percorsi formativi che coinvolgano l'intero personale;

- ✓ adottano il PTPCT ed i suoi aggiornamenti;
- ✓ adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- ✓ valorizzano, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- ✓ promuovono una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

## Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Si richiede al RPCT di specificare i compiti dei vari attori coinvolti nella gestione del rischio all'interno dei PTPCT in modo da attivare, eventualmente, quanto disposto dal quarto periodo del comma 7 dell'articolo 1 della legge 190/20121 e dal secondo periodo del comma 14 del medesimo articolo 2.

## I Dirigenti / Referenti

Fin dall'emanazione del piano triennale 2013 - 2015, sono chiamati a svolgere le funzioni di Referenti per l'Anticorruzione i **Dirigenti di Struttura Complessa ed i titolari di coordinamento/posizione organizzativa**, in modo da estendere l'efficacia delle azioni inserite nel Piano all'interno di tutta l'organizzazione e al fine di consentire una effettiva verifica dell'efficace attuazione del Piano stesso.

Nella tabella sottostante sono indicati i Dirigenti Referenti per la Prevenzione della Corruzione

REFERENTE	U.O.
Dott.ssa Claudia Storace	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
Dott. Danilo Giusto	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
Ing. Rosso Nicola	Information & Communication Technologies
Dott.ssa Barbara Berardi	Bilancio e Programmazione Finanziaria
Dott.ssa Stefania Rizzuto	Attività Economiche e di Approvvigionamento
Dott.ssa Silvia Vella	Attività Tecniche
Dott.ssa Daniela Rosmino	Affari Generali e Legali
Dott.ssa Alessandra Morando	Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
Dott.ssa Elisabetta Rovini	SSD Formazione e Comunicazione
Dott.ssa Cristina Grandi	Direzione Scientifica – Sperimentazione Clinica
Dott. Giorgio Da Rin	Dip. Diagnostica di Laboratorio
Dott. Massimo Calabrese	Dip. Diagnostica Radiologica

Svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e coordinatori preposti alle varie strutture, sono interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo.

I compiti e le funzioni ordinariamente attribuiti e svolti dai Referenti sono di:

- ✓ 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;
- ✓ assumersi 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;
- ✓ 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.
- ✓ assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;

Il ruolo svolto dai dirigenti responsabili di struttura è di fondamentale importanza per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano; i loro compiti in tale ambito si configurano come sostanziali alla funzione di direzione svolta e strettamente integrati con le relative competenze tecnico – gestionali.

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

### **Il CIV - Consiglio di Indirizzo e Verifica**

Il CIV concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale del Policlinico con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Verifica il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca.

Verifica inoltre la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il CIV riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della Salute.

In materia di prevenzione della corruzione, fornisce indicazioni e suggerimenti per migliorare la capacità di prevenire episodi di cattiva amministrazione a prescindere che questi si trasformino in fatti rilevanti sotto il profilo erariale, penale e/o civilistico.

### **L' OIV – Organismo indipendente di Valutazione**

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Le funzioni già affidate agli OIV dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012 che ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella strategia di prevenzione della corruzione.

L'OIV infatti:

- ✓ offre, 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;
- ✓ fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- ✓ favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- ✓ verifica che il PTPCT sia coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza ove stabiliti;
- ✓ esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance e gli obiettivi di trasparenza;
- ✓ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ✓ attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

### Il Collegio Sindacale

Il Ruolo del Collegio Sindacale nel sistema di anticorruzione appare non secondario. Tale organismo infatti, all'interno di ciascuna amministrazione, e dunque anche presso il Policlinico, presiede non solo ai controlli e verifiche sugli atti strettamente di natura "contabile-finanziaria" ma più in generale costituisce un ambito di verifica circa la correttezza dell'attività amministrativa.

Il RPCT relaziona periodicamente all'Organo sullo stato degli adempimenti

### Tutti i Dipendenti del Policlinico

E' necessaria un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'Ente.

Il personale del Policlinico è tenuto a:

- ✓ collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- ✓ partecipare al processo di riduzione del rischio;
- ✓ osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- ✓ adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- ✓ effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione, secondo gli indirizzi forniti dal RPC;
- ✓ segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo—contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento;
- ✓ partecipare alle attività formative in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

### **I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione**

- ✓ osservano le misure contenute nel PTPCT;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito;
- ✓ osservano le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento aziendale.

### **Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio**

Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio è il soggetto individuato da ciascuna Pubblica Amministrazione e delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF. Al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera il Gestore quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette segnalate.

Con deliberazione n. 1000 del 10/06/2020 il Policlinico ha individuato l'RPCT quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal 01.6.2020 al 31.05.2023.

### **Il Responsabile della Protezione dei Dati**

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

Tale incarico è stato affidato, con delibera n. 2313 del 23/12/2020, a seguito di procedura negoziata, al R.T.I. *Compliance Officer e data Protection di Filomena Polito*.

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

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata, nella persona del Dirigente dell'U.O. Attività Tecniche, la figura di RASA.

### **Il Direttore dell'U.O. Controllo di Gestione**

Recependo le raccomandazioni del PNA il Direttore dell'U.O. Controllo di Gestione assicura:

- ✓ coerenza tra Piano della *Performance* e PTPCT
- ✓ che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza.

### **Il Responsabile per la Conservazione Digitale**

Il Responsabile della Conservazione Digitale (RdC) definisce e attua le politiche complessive del sistema di conservazione e ne governa la gestione con piena responsabilità ed autonomia., ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. 3 dicembre 2013.

Il collegamento con le attività del RPCT riguarda soprattutto l'ambito della trasparenza.

Il Responsabile per la Conservazione Digitale del Policlinico è l'Ing. Nicola Rosso, Direttore dell'U.O. ICT, nominato con deliberazione n. 1224/2021

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

L'attenzione al tema della trasparenza e della prevenzione della illegalità in ambito sanitario è per la Regione Liguria un fattore essenziale per l'organizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni adeguati ai bisogni di salute

dei cittadini liguri, ferma restando la necessità di mirare ad un continuo incremento della quantità e della qualità della offerta stessa, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

In tema di trasparenza e legalità la Regione Liguria, con la D.G.R. n. 7 del 3/01/2017, nell'approvare principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende, degli Istituti e degli Enti del S.S.R. e le conseguenti linee guida per la redazione degli atti di autonomia Aziendale, ha formulato puntuali richiami in ordine all'organizzazione e all'adozione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e dei Codici di comportamento dei dipendenti.

A livello regionale, l'approccio al tema dell'illegalità è basato non solo sul rispetto formale delle procedure ma, in particolare, sull'applicazione "sostanziale e coerente" della normativa per cogliere l'opportunità di cambiamento culturale nella lotta alla corruzione e per la trasparenza. Questo è stato reso possibile da un approccio proattivo che, fin dal maggio 2016, ha permesso di condividere con tutti gli i Responsabili designati (sia in materia di anticorruzione sia di trasparenza), un percorso comune di formazione, di aggiornamento, di coordinamento tra le proprie attività, nonché di ulteriore approfondimento e di analisi, per assicurare un'applicazione omogenea e coerente a livello regionale di una normativa che ritengo di portata fondamentale per il settore socio-sanitario.

Presso l'Agenzia Ligure Sanitaria è stato quindi costituito nel 2016 il Gruppo di lavoro interaziendale denominato "Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza" composto dai Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza delle Aziende Sociosanitarie, IRCCS ed Enti Ospedalieri della Regione con il coordinamento strategico e operativo di A.Li.Sa., al fine di condividere un percorso comune di formazione, approfondimento e analisi con l'obiettivo di definire modalità di attuazione e uniformità di comportamenti nell'applicazione della normativa in materia.

Il Gruppo è coordinato dal Responsabile della prevenzione della corruzione del Policlinico, che ha inoltre il compito di supportare le attività istituzionali di A.Li.Sa. di per gli adempimenti di coordinamento strategico ed operativo in materia, nell'ambito del percorso di uniformità e di omogeneità nell'applicazione della normativa in materia.

A seguito dei mutati assetti organizzativi di A.Li.Sa, definiti con deliberazione di Giunta Regionale n. 1136 del 30.12.2020 con la quale sono stati approvati, tra l'altro, i primi indirizzi di riorganizzazione del Sistema Sanitario Ligure, con deliberazione di Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021 è stato ridefinito il ruolo del Gruppo, prevedendo che la sua attività afferisca direttamente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali, al fine di:

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

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

Nel 2021 è stato presentato, come negli anni precedenti, un Rapporto di attività frutto di un lavoro di condivisione, dibattito e confronto, che ha visto operare in sinergia a livello regionale il Gruppo di lavoro.

Per l'anno 2022 il Gruppo di Lavoro, in conformità con gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie, ha individuato le attività da svolgere ed i seguenti obiettivi:

#### 4. OBIETTIVI STRATEGICI SU PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il Policlinico intende garantire un alto livello di coinvolgimento e di attenzione di tutti gli operatori del sistema sociosanitario sul tema della prevenzione della corruzione, considerando la normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza una importante opportunità per affrontare il tema dell'illegalità con un approccio positivo, proattivo e concreto, lontano da una visione meramente burocratica e dal semplice rispetto formale delle procedure.

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo.

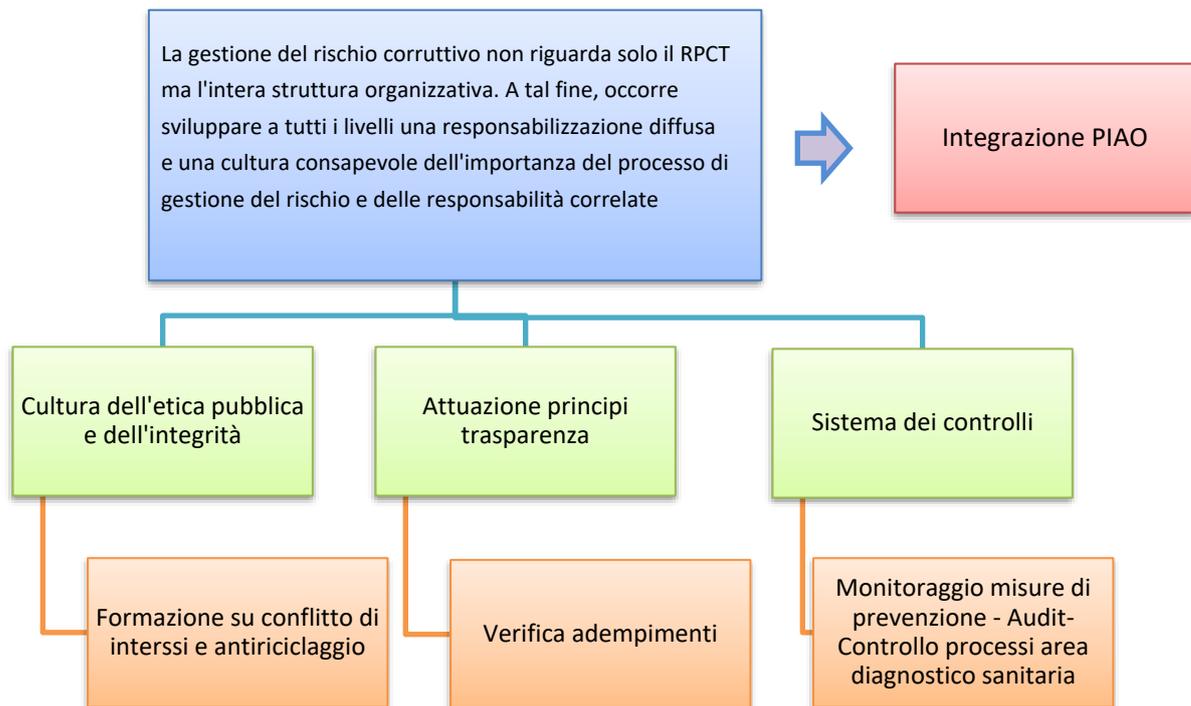
Il Policlinico, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano in termini di fiducia dei cittadini, intende contrastare il fenomeno non solo e non tanto in termini repressivi, ma soprattutto in termini preventivi. Il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta un'occasione di miglioramento della nostra organizzazione, anche al fine di invertire la tendenza che ha allontanato la PA dai cittadini, recuperando reputazione e fiducia.

A tal fine, il Policlinico, così come previsto da ANAC, e in conformità alle direttive fornite dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.) definisce i propri **obiettivi strategici**:

- ❖ Diffondere la cultura dell'etica pubblica e dell'integrità a tutti i dipendenti e collaboratori;
- ❖ Rafforzare nei processi aziendali l'attuazione dei principi della trasparenza e dell'integrità;
- ❖ Rafforzare la cultura dei controlli, come strumento di miglioramento e di creazione di valore.

Tali obiettivi saranno perseguiti attraverso le seguenti **attività**:

- Formazione nell'ambito del conflitto di interessi, incompatibilità e inconfiribilità e dell'applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
- Verifica degli adempimenti agli obblighi sulla trasparenza;
- Consolidamento del sistema dei controlli interni già avviati;
- Integrazione con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO.



## 5. COLLEGAMENTO TRA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA E I SISTEMI DI MISURAZIONE DEL CONTROLLO INTERNO E DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'ANAC ha ribadito che l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza deve essere strettamente collegata alla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione ed al coordinamento tra i diversi strumenti di programmazione. In particolare si fa sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della Performance.

La Determinazione ANAC 12/2015 di aggiornamento al PNA 2015 ha precisato come nei PTPCT devono essere esplicitati i collegamenti fra misure di prevenzione della corruzione e obiettivi di performance organizzativi e individuali sottolineando in tal modo la rilevanza strategica dell'attività di prevenzione della corruzione e la necessità che le amministrazioni procedano all'inserimento dell'attività poste in essere in attuazione della L. 190/2012 nella programmazione strategica operativa.

Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento dell'efficacia ed efficienza dell'Ente nel suo complesso.

L'art. 41, c. 1, lett. h), del d.lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale l'OIV verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Il PNA 2016 ed il D. Lgs. n. 75/17 definiscono anche la necessaria connessione fra obiettivi di performance e misure di trasparenza.

Una conferma ulteriore di tale indispensabile misura è contenuta nel D. Lgs. n. 33/2013, che all'art. 10 recita «La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali». Eventuali inadempimenti relativi agli

obblighi di anticorruzione e trasparenza sono *“elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale”, nonché “eventuale causa di responsabilità per danno all’immagine dell’amministrazione”*.

Ricostruito sinteticamente il quadro normativo e la sua evoluzione ai fini del presente Piano è dunque necessario considerare l’inscindibile legame tra le azioni di Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Performance tale che possa crearsi realmente un contesto sfavorevole ad ogni forma di “malamministrazione”.

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell’integrità di cui al d.lgs. 33/2013 devono costituire obiettivi strategici ai quali assegnare un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell’esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell’art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

Si tratta sostanzialmente di tener conto del fatto che:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l’individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa;
- devono essere attivate azioni di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini degli adempimenti previsti dal D.Lgs, n. 33/2013.

In tal senso è importante che gli “adempimenti” cui ciascun Responsabile è chiamato dalle disposizioni in tema di trasparenza e obiettivi di performance siano considerate vere e proprie “misure” di prevenzione della corruzione.

Affinché tali misure vengano tenute in debita considerazione è opportuno che in sede di assegnazione degli obiettivi individuali venga attribuito agli obiettivi di trasparenza ed anticorruzione un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Si possono individuare i seguenti obiettivi:

- collaborazione alla realizzazione, coordinamento e controllo della mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione;
- adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs, n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nelle tempistiche previste;
- partecipazione ai programmi di formazione in materia da parte del personale interessato.

## SEZIONE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### 6. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

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

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

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

Dal punto di vista sanitario la Liguria è organizzata in 5 aziende Sociosanitarie territoriali, 2 I.R.C.C.S. (Ospedale Policlinico San Martino e Istituto Gaslini), 2 Enti ospedalieri convenzionati (Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale), oltre agli istituti di ricovero e alle strutture sociosanitarie private accreditate.

L’Ospedale Policlinico San Martino è da sempre un punto di riferimento per le necessità sanitarie dei cittadini dell’area metropolitana genovese e ligure, ma anche a livello nazionale in quanto IRCCS.

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

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

Inoltre, nei periodi di emergenza come può essere quello del Covid-19 la corruzione tende a insinuarsi con maggiore facilità. Corruzione significa anche una mancanza di trasparenza nell’allocazione dei fondi, che risulta in un indebolimento dell’efficienza nella ripresa a seguito della crisi.

I controlli sotto il profilo della legalità diminuiscono. L’arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione è un momento cruciale sprecati.

Le misure di contenimento e di rilancio possono generare nuove opportunità criminali:

- Corruzione
- Riciclaggio
- Conflitto Di Interessi
- Infiltrazioni Mafiose
- Abuso d’ufficio Voto di scambio
- Turbativa d’asta Lavoro nero

- Reati informatici
- Violazione privacy

Anche la Corte dei Conti, nella Deliberazione delle Sezioni Riunite in Sede di Controllo n. 21 del 27 dicembre 2021 avente ad oggetto la “Programmazione dei controlli e delle analisi della corte dei conti per il 2022” nell’ambito di una corretta gestione dei fondi pubblici e dell’importanza del rispetto della legalità, ha individuato i temi su cui dovranno essere effettuati specifici approfondimenti da parte delle Sezioni regionali ed, in particolare, per quanto attiene la Sanità:

- sulla gestione regionale dell'emergenza sanitaria (con aspetti specifici quali la gestione dei DPI, materiale scolastico e simili);
- sul riordino e il potenziamento della rete sanitaria assistenziale territoriale;
- sul riordino della rete ospedaliera;
- sugli interventi straordinari avviati ed attuati nell’esercizio appena trascorso per fronteggiare l’emergenza sanitaria e socioeconomica con particolare riguardo al recupero delle liste d’attesa;
- sulle gestioni sanitarie (indagine a rete con riferimento alle diverse modalità di utilizzo di strutture di programmazione e tempistica di risposta e attuazione dei programmi per il Covid);
- sulla spesa sanitaria (edilizia sanitaria, acquisto di attrezzature, di dispositivi e di presidi sociosanitari, la gestione della rete ospedaliera, i LEA ed il rafforzamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie destinate alle attività dei reparti di rianimazione).

Per quanto attiene la gestione dei fondi de PNRR:

- sugli interventi previsti nel PNRR sull'assistenza territoriale e sull'implementazione delle centrali operative territoriali con compiti di coordinamento dei servizi domiciliari con altri servizi sanitari e di interconnessione della rete territoriale con altre reti;
- sulla realizzazione di strutture strategiche, anche queste di interesse interregionale, considerati gli obiettivi del PNRR;
- sui modelli di sanità territoriale e integrazione con l'assistenza ospedaliera (anche in rapporto con quanto previsto nel PNRR).

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

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

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

## 7. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

### L'ospedale Policlinico San Martino – Struttura e missione aziendale

L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino – (di seguito definito **Policlinico**) è stato costituito con L.R. 1/3/2011, n. 2 persegue finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale, garantendone la complementarietà e l'integrazione. E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nella disciplina di "oncologia" con Decreto Ministero della Salute in data 12/08/2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 01/09/2011, e con Decreto Ministero della Salute in data 05.03.2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 81 del 07.04.2018, è stato riconosciuto il carattere scientifico anche per la disciplina delle "Neuroscienze" , conseguentemente, è sottoposto alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, mentre alla Regione Liguria competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute.

In relazione a quanto previsto dal Protocollo generale d'intesa Regione Università e dal P.S.R., è individuato come Istituto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 517/99; lo stesso costituisce infatti la struttura di riferimento del polo didattico della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova, sia per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sia per le Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master di I e II livello che per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. La formazione dell'operatore sanitario, del medico e del medico specialista rappresenta attività istituzionale ed una modalità di esercizio dell'attività assistenziale.

I rapporti con il sistema universitario sono disciplinati nel quadro della programmazione nazionale e regionale, sulla base di specifico Protocollo d'Intesa fra la Regione Liguria e l'Ateneo, tenuto conto del rispetto del vincolo del bilancio Aziendale attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Il Policlinico si caratterizza inoltre per la propria realtà polispecialistica e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle strutture di diagnosi e cura quanto nei laboratori, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

La visione strategica del Policlinico è incentrata sui seguenti obiettivi:

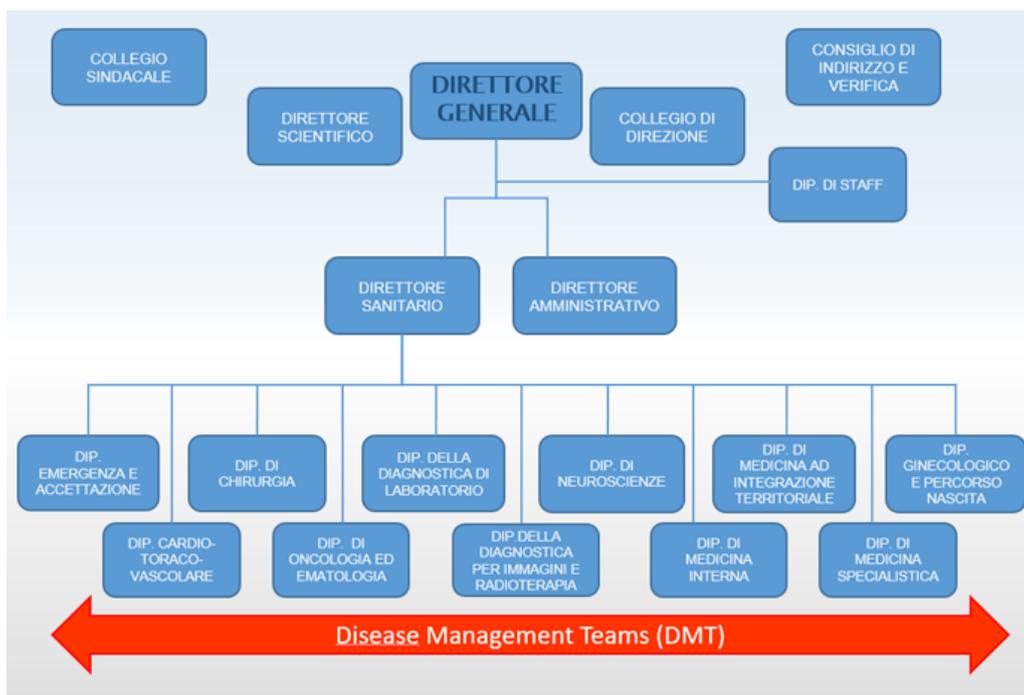
- Miglioramento della qualità del servizio fornito
- Posizione di centralità del cittadino
- Atteggiamento aperto verso l'innovazione
- Creazione delle condizioni per il coinvolgimento ampio e diffuso degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali
- Efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse come condizione per garantire lo sviluppo del servizio
- Comunicazione corretta e puntuale sia interna che esterna

### Modello organizzativo e mappatura dei processi

L'organizzazione dell'Ospedale Policlinico San Martino si ispira al principio della separazione delle responsabilità di governo e della committenza da quella di produzione delle prestazioni sanitarie, propria degli enti erogatori. Obiettivo primario è un'offerta di servizi ospedalieri coerente con il tasso di ospedalizzazione fissato da parametri regionali e nazionali, nonché l'equilibrio economico finanziario.

Il Policlinico svolge un ruolo di riferimento per i programmi integrati di assistenza su base regionale ed interregionale, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 229/99.

Il Policlinico articola la propria organizzazione sulla base del modello dipartimentale e considera funzionale ed opportuna la partecipazione a forme organizzative che vedano coinvolte le Aziende Sanitarie dell'area ligure e che siano finalizzate all'adozione di modalità operative capaci di assicurare il miglioramento del grado di sinergia, di coerenza, di efficacia, di qualità e di sensibilità dei servizi offerti, tramite l'assunzione di comportamenti comuni nel campo degli interventi di programmazione, di amministrazione e di produzione dei servizi.



Nell'ambito della sopradescritta articolazione organizzativa, i settori maggiormente esposti a rischio corruttivo sono quelli, peraltro già indicati nei PNA 2015 e 2016, riguardanti:

- il personale, con particolare riferimento alla gestione della libera professione intramoenia, i contratti di collaborazione e gli incarichi professionali,
- gli appalti pubblici,
- la gestione delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e delle relative liste di attesa,
- la gestione delle entrate e delle spese.

Inoltre, per le peculiarità del Policlinico che è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sono stati analizzati i processi relativi a:

- gestione dei finanziamenti per la ricerca scientifica
- sperimentazioni cliniche

Per quanto poi riguarda gli effetti della pandemia da SARS- Cov2, sono stati mantenuti alcuni processi a rischio Covid come:

- le procedure di acquisizione del personale in deroga alle procedure ordinarie
- la rendicontazione dell'utilizzo delle donazioni per il covid

Conseguentemente, è stata effettuata la relativa mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, al fine di individuare le aree potenzialmente esposte a rischi corruttivi, come di seguito meglio descritto.

### Valutazione dell'impatto del contesto esterno e interno per il trattamento del rischio

Attraverso l'esame del contesto esterno ed interno dell'amministrazione, vengono di seguito rappresentati, utilizzando la cd. analisi SWOT, alcuni punti di forza interni all'organizzazione (Strengths) che potrebbero agevolare il raggiungimento degli obiettivi, i punti di debolezza (Weakness) che invece potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi, le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) che potrebbero verificarsi.

Tale analisi permette di portare alla luce, analizzare e valutare i punti di forza e di debolezza di un'amministrazione al fine di definire al meglio il trattamento del rischio.

<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>CONTESTO INTERNO</b> </div>	<div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>PUNTI DI FORZA</b> </div> <p>Buon livello di trasparenza sotto il profilo degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.</p> <p>Rafforzamento dell'Ufficio del RPCT</p> <p>Dirigenti delle strutture e coordinatori individuati quali referenti per la prevenzione della corruzione</p> <p>Buona regolarità e qualità dell'attività formativa di settore</p>	<div style="background-color: #f39c12; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b> </div> <p>Squilibrio tra le risorse umane destinate alle funzioni strumentali rispetto a quelle destinate alle funzioni primarie</p> <p>Non completa informatizzazione per la tracciabilità dei processi ed il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione</p> <p>Non completa partecipazione alle attività di valutazione e gestione del rischio corruttivo</p>
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>CONTESTO ESTERNO</b> </div>	<div style="background-color: #5dade2; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>OPPORTUNITA'</b> </div> <p>Gruppo di lavoro regionale riconfermato con DGR n. 957/2021</p> <p>Collaborazione con altre istituzioni</p>	<div style="background-color: #add8e6; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>MINACCE</b> </div> <p>Contesto normativo in continua evoluzione</p> <p>Complessità e molteplicità degli adempimenti</p> <p>Situazione di emergenza Covid</p>

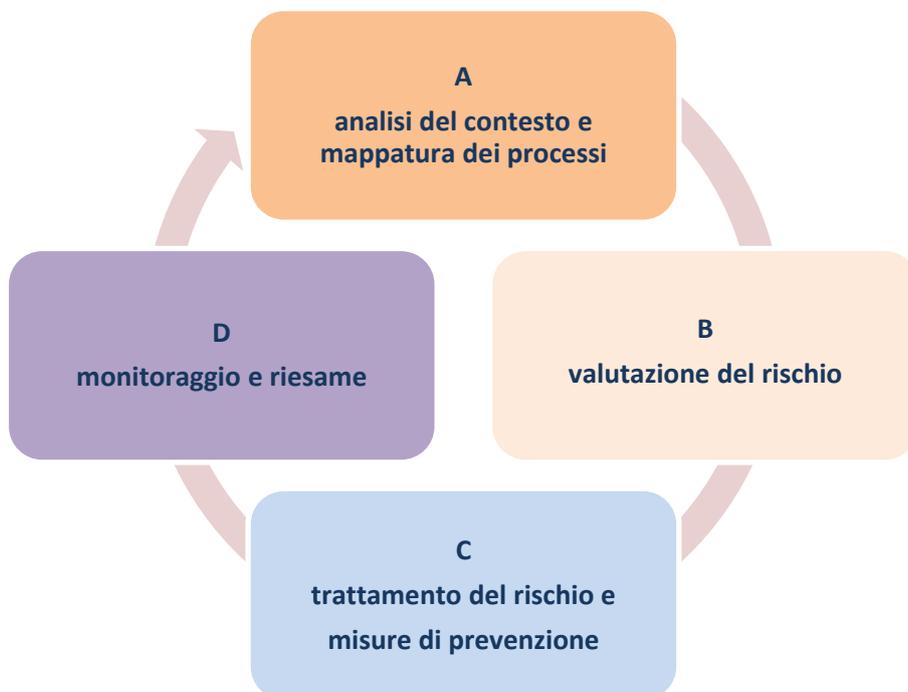
## 8. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

La finalità di questa attività è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere **presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione**. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono:

- a. **analisi del contesto**
  - analisi del contesto esterno
  - analisi del contesto interno
  - mappatura dei processi di ogni area aziendale
- b. **valutazione del rischio**
  - Identificazione del rischio
  - Analisi del rischio
  - Ponderazione del rischio
- c. **trattamento del rischio**
  - identificazione delle misure di prevenzione
  - programmazione delle misure di prevenzione
- d. **monitoraggio e riesame**

L'analisi del contesto esterno ed interno permettono di rafforzare l'identificazione delle aree a rischio.

Nel processo di gestione del rischio sono stati coinvolti i dirigenti e tutti i dipendenti dell'Azienda, chiamati a fare una valutazione del livello di rischio delle diverse aree e dei singoli processi, secondo le metodologie di seguito meglio specificate.



**Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini.**

## **9. LA MAPPATURA DEI PROCESSI DI OGNI AREA AZIENDALE**

Nel PTPCT 2021-2023, in conformità con quanto elaborato dal Gruppo di lavoro nel corso del 2019, e delle indicazioni di A.Li.Sa, il Policlinico ha inserito un catalogo dei principali processi valutati come a maggior rischio corruzione, sulla base della stessa metodologia del documento regionale si è provveduto a:

- identificare le aree di rischio inserite in modo da uniformarle a quanto previsto dalla normativa;
- distinguere i macroprocessi dai singoli processi ad essi collegati;
- inserire aree di rischio sanitarie con particolare riferimento all'area della diagnostica e della ricerca scientifica, ulteriori rispetto a quelle previste dall'aggiornamento 2015 al PNA e ritenute particolarmente sensibili e a rischio corruzione;
- definire eventi di rischio per ogni processo individuato tenendo presente che:
  - a. il rischio riguarda tutto il processo nel suo insieme;
  - b. l'identificazione del rischio è avvenuta avendo presente il concetto di corruzione allargato così come proposto da ANAC ovvero inteso come l'abuso del potere pubblico al fine di conseguire benefici personali (o per altri).

Nel PTPCT 2021 2023 sono stati individuati i principali settori e i rischi di corruzione emergenti durante l'emergenza COVID-19 per i quali il Policlinico ha ritenuto necessario effettuare specifiche mappature dei processi.

In considerazione dell'evoluzione della pandemia, del consolidamento delle procedure e delle modifiche alla normativa in materia, si è ritenuto opportuno modificare e aggiornare le procedure mantenendo le aree principali, inglobando i processi a rischio Covid diventati ordinari come di seguito meglio specificato:

### **a) Appalti e contratti pubblici**

Le disposizioni normative di carattere eccezionale sono state gradualmente recepite dalla normativa di carattere ordinario e conseguentemente anche le relative mappature dei processi.

### **b) Procedure di acquisizione del personale**

A seguito del perdurare della situazione di emergenza, si è rende ancora necessario procedere all'affidamento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa mediante procedure accelerate.

### **c) Flussi di denaro a seguito di donazioni, *fundraising*...**

Il flusso di donazioni si è ormai notevolmente ridotto, tuttavia si ritiene necessario proseguire nel monitoraggio e nella rendicontazione separata dell'utilizzo corretto delle donazioni ricevute in forma di denaro contante.

Si è proceduto quindi alla mappatura dei processi relativi alle seguenti aree:

Come dettagliatamente specificato negli allegati cataloghi mappatura processi (**ALLEGATO A da 1 a 10**)

## 10. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

### 11.a Analisi del rischio: approccio qualitativo modello “Global Impact”

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2021 per la valutazione del rischio di corruzione dei processi è stata concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria ed è stata preferita rispetto al metodo adottato dall’Autorità Anticorruzione.

Si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all’interno dell’iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact, oltre alle disposizioni contenute nell’Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 contenente le Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.

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

Infatti il metodo proposto, pur rispettando le indicazioni di ANAC, fornisce motivazioni standard precostituite per ogni valutazione di rischio.

Si descrive di seguito la procedura adottata.

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

- A. La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l’evento rischioso accada in futuro.
- B. L’impatto valuta l’effetto qualora il rischio si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

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

#### **PARAMETRI INDICATORE PROBABILITÀ**

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

#### **PARAMETRI INDICATORE IMPATTO**

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



### 11.b La ponderazione del rischio

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

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

Da tempo è stato deciso di eliminare il calcolo numerico, avendo rilevato delle criticità rispetto al metodo fornito dal DFP nel PNA 2013. In attesa di definire un nuovo sistema corretto e coerente per il calcolo, il livello del rischio viene determinato semplicemente definendo il rischio "basso", "medio", "alto" attraverso un confronto con i referenti. Al momento, quindi, la valutazione è effettuata principalmente sulla base dell'esperienza degli operatori coinvolti.

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

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

A seguito di tale procedura, è stato possibile effettuare la valutazione del rischio per tutti i processi mappati, come riportato nella **TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO – ALLEGATO A**.

Per alcuni processi come quelli riguardanti la diagnostica, sulla base della valutazione dell'applicazione delle misure applicate e della loro efficacia, è stato possibile calcolare il rischio residuo.

## 11. PROGETTAZIONE-DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il PNA 2019 attribuisce fondamentale importanza alla individuazione e alla programmazione delle misure di prevenzione e prevede che *"tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di ciascuna amministrazione"*.

Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Nei prospetti contenuti la mappatura dei processi a rischio sono state indicate per ciascuna area le misure di prevenzione per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, le fasi di attuazione, la tempistica per

l'introduzione e l'attuazione, le responsabilità connesse all'attuazione della misura con l'indicazione dei responsabili, gli indicatori di monitoraggio.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, il Policlinico ha adottato le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia **specifiche** che **generali** per ogni singolo processo e le modalità di attuazione e di monitoraggio.

A tal fine vengono programmati nel corso dell'anno periodici incontri e audit con le Strutture interessate, al fine di verificarne l'attuazione, l'efficacia e di individuare eventuali correttivi, come di seguito meglio specificato nel successivo paragrafo 14.

Le **misure specifiche** sono individuate, programmate e dettagliatamente riportate nelle sopradescritte tabelle relative alla mappatura dei processi **ALLEGATO B**

Le **misure generali** adottate dal Policlinico, sono invece riportate nel relativo prospetto **ALLEGATO C** e di seguito meglio descritte.

## 12. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Nel presente paragrafo sono descritte le misure di carattere generale di prevenzione della corruzione adottate dal Policlinico, ed il relativo monitoraggio, le attività svolte nel corso del 2021 in armonia con gli obiettivi indicati nel PTPCT 2021 – 2023 e la programmazione delle misure per il 2022.

E' stato adottato come documento di lavoro il relativo prospetto allegato al PTPC 2020/2022 nel quale è riportata la programmazione delle misure nel triennio, e nel quale è stato indicato lo stato di attuazione anno per anno e la programmazione per il 2022.

### a. Misure di trasparenza

Le misure di trasparenza devono essere conformi alle linee guida approvate da ANAC con particolare riferimento alla deliberazione n. 1309 del 28/12/2016. Inoltre deve essere prevista la periodicità degli aggiornamenti dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e l'indicazione dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione ai sensi del novellato art. 10 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Oltre al costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione Amministrazione Trasparente, come descritto nella Sezione II di questo Piano, nel corso del 2021 sono state adottate le seguenti misure di trasparenza **che si confermano anche per il 2022**, specificando le variazioni che si sono rese opportune alla luce dell'evoluzione normativa e del contesto.

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

Come descritto nel PTPCT 2021-2023, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, con Deliberazione n. 77 del 6 aprile 2018 A.Li.Sa. ha approvato gli schemi della modulistica omogenea e semplificata per tutte le aziende del S.S.R. elaborati dal Gruppo di lavoro sull'applicazione della normativa e trasparenza nelle Aziende Sanitarie, ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sui Siti Istituzionali previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, che sono stati adottati uniformemente dalle Aziende Sanitarie della Regione per l'adempimento dei suddetti obblighi e dal Policlinico con deliberazione n. 660 del 16/05/2018.

Nel corso del 2020, in considerazione dell'evoluzione normativa, dell'interpretazione giurisprudenziale e delle disposizioni ANAC in materia, il Gruppo ha ritenuto di aggiornare la suddetta modulistica e di redigere un prospetto riepilogativo contenente i soggetti destinatari, gli obblighi di pubblicazione ed i riferimenti normativi, recepita dal Policlinico con deliberazione n. 1002 del 10/06/2020, che ha provveduto all'aggiornamento dei suddetti moduli integrati nel 2021 dal Modulo 1bis relativo alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconfiribilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. n. 39 DEL 08/04/2013 e Delibera ANAC n. 1146/2019 da rendere da parte dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo, come dettagliatamente descritto nel successivo paragrafo **lettera f**.

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

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

#### ***a.2 Misure di prevenzione nell'emergenza***

Nella perdurante situazione emergenziale si possono configurare nuovi rischi corruttivi e pensiamo sia opportuno riconsiderare gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione a suo tempo stabiliti, anche per una esigenza di tutela preventiva.

Nel corso del 2021 si sono resi necessari ulteriori adempimenti previsti dalla normativa specifica e l'introduzione di misure ad hoc che dovranno essere modificate ulteriormente modificate nel corso del 2022, di seguito meglio descritte.

#### ***Rendicontazione donazioni***

Nel corso del 2021 si è proseguito nell'applicazione delle disposizioni nazionali e regionali riguardanti le erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19 di cui all'Art. 99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27.

Nel corso del 2021, i flussi di denaro a seguito di donazioni, *fundraising*, ecc. si sono ormai notevolmente ridotti, tuttavia si ritiene necessario per il 2022 proseguire nel monitoraggio e nella rendicontazione separata dell'utilizzo corretto delle donazioni ricevute in forma di denaro contante, nonché nella relativa pubblicazione nella voce "Interventi Straordinari e di emergenza" della Sezione Amministrazione Trasparente.

Tale misura, inoltre, è stata programmata anche come misura specifica, in quanto come indicato nel precedente paragrafo 12, per le donazioni, in considerazione della complessità delle procedure, è stata effettuata una specifica mappatura del processo.

#### ***Attuazione dell' art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.***

In applicazione dell'Art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., che, in materia di trasparenza prevede specifici obblighi di pubblicazione in caso di situazioni di emergenza che comportano l'adozione di atti in deroga alla legislazione vigente, confermati dal successivo Decreto "Cura Italia" il Policlinico sia nel 2020, che nel 2021 ha provveduto alla pubblicazione nella Sezione Amministrazione trasparente - Sottosezione Interventi straordinari e di emergenza di tutti i provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario adottati per fronteggiare l'emergenza Covid.

Anche in questo caso il Policlinico proseguirà anche per il 2022 e fino al termine dell'emergenza. All'attuazione ai suddetti adempimenti.

### ***a.3 Registro informatizzato degli accessi***

La circolare n. 1/2019 avente ad oggetto "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)", integra la precedente circolare FOIA n. 2/2017 del Dipartimento della funzione e specifica ulteriormente le modalità di riutilizzo di sistemi di protocollo informatico e gestione documentale per la realizzazione del registro degli accessi presentati alle amministrazioni.

Nel corso del 2020 è stato affrontato il tema ed è stata predisposta una relazione contenente diverse soluzioni applicative, la realizzazione effettiva di tale procedura rappresentava quindi un obiettivo del Gruppo di Lavoro degli RPCT liguri e, conseguentemente, del Policlinico.

Nel corso del 2021 è stato acquistato un modulo applicativo del sistema di gestione del protocollo informatico e gestione documentale per la creazione del registro informatico degli accessi.

Conseguentemente verrà previsto un collegamento al protocollo informatico, indispensabile per la realizzazione del registro informatico oltre a un link nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

Nel corso del 2022 si provvederà ad aggiornare il relativo Regolamento per l'utilizzo e la gestione del Registro.

### ***a.4 Il monitoraggio dei tempi procedurali***

Il monitoraggio periodico dei tempi procedurali è un obbligo previsto nell'art. 1, co. 28, della Legge n. 190/2012, ai sensi del quale "Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione". In linea con la previsione normativa contenuta all'art. 1, comma 9, lettera d) della predetta legge, come modificata dal D.lgs. 97/2016, il presente Piano definisce le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

Il monitoraggio mira all'accertamento dell'eventuale inosservanza dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi e, conseguentemente, all'avvio di azioni utili per l'eliminazione delle eventuali anomalie riscontrate.

Il mancato rispetto dei termini di conclusione del procedimento, infatti, è considerato come "evento sentinella" di un possibile malfunzionamento dell'attività amministrativa; per tale motivo la legge richiede un adeguato monitoraggio e valutazione per individuare idonee misure correttive di carattere normativo, organizzativo o amministrativo.

Pur essendo stato abrogato l'art. 24 del D.lgs.33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, si è ritenuto opportuno, procedere alla pubblicazione dell'esito della rilevazione del monitoraggio annuale dei procedimenti avviati e conclusi nel corso dell'anno nell'apposita sezione:

#### [Prevenzione della Corruzione - Ospedale San Martino](#)

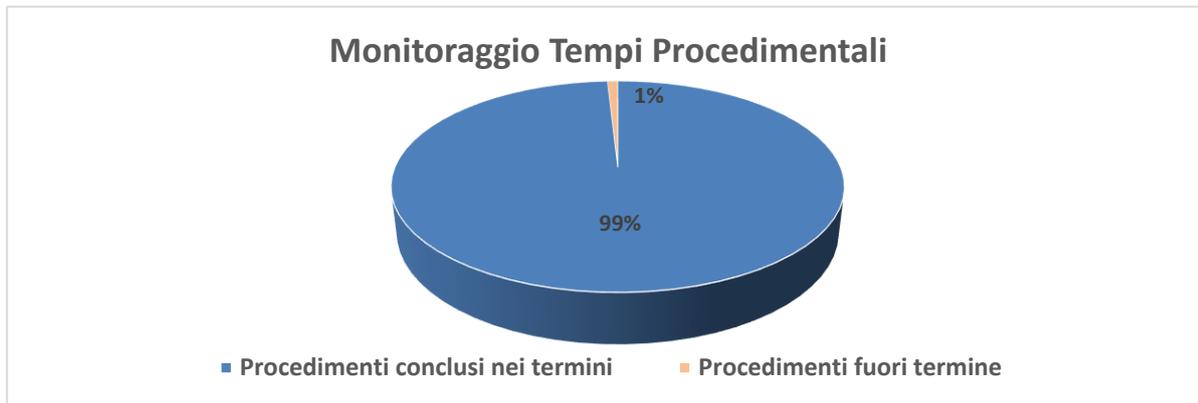
Per l'applicazione della misura di prevenzione/trattamento del rischio in argomento il Policlinico ha proceduto e procederà come segue.

Le Strutture competenti per il monitoraggio dei tempi procedurali, pubblicato in Area Amministrazione Trasparente (voce Altri Contenuti – Prevenzione della corruzione) provvedono agli aggiornamenti periodici utilizzando le specifiche griglie di rilevazione predisposte da RPCT.

In particolare, per ogni procedimento individuato, ciascun Direttore/Responsabile delle Strutture del Policlinico, effettua il monitoraggio con cadenza annuale, con report inoltrati all'Ufficio del RPCT.

Gli esiti del monitoraggio sono pubblicati sulla sezione del sito istituzionale dedicato all'Amministrazione Trasparente.

A titolo esemplificativo, si riporta il seguente grafico relativo all'anno 2021.



#### **b. Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento**

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

L'aggiornamento del Codice di Comportamento adottato con Deliberazione n. 722 del 21/05/2014 costituiva uno degli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale al RPCT per l'anno 2021 ed è stato inserito come misura generale di prevenzione della corruzione all'interno del PTPCT 2021 – 2023.

Con deliberazione n. 331 del 2/03/2022 è stato approvato il testo definitivo del nuovo codice di comportamento del Policlinico, ai sensi della normativa vigente ed in particolare dalle "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" approvate con determina ANAC n. 177 del 19/02/2020.

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

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

- L'adeguamento ai cambiamenti organizzativi conseguenti a situazioni di emergenza.

Le innovazioni più significative contenute nel documento sono:

- L'inserimento di nuove disposizioni riguardanti i dipendenti addetti a vario titolo alla prenotazione di visite, esami, prestazioni diagnostiche, specialistiche, ambulatoriali, ricoveri e al personale sanitario;
- L'inserimento di nuove disposizioni conformi alla normativa nazionale e regionale, oltre ai provvedimenti organizzativi del Policlinico, per far fronte all'emergenza Covid ed in generale a tutte le situazioni emergenziali;
- L'adeguamento dei contenuti rendendoli più flessibili rispetto alle nuove formule organizzative del lavoro (es. *smart working*);
- L'adeguamento alle indicazioni nazionali e regionali in materia di conflitto di interessi e l'applicazione delle relative Linee guida emanate da A.Li.Sa;
- La previsione di specifiche dichiarazioni riguardanti l'esistenza di interessi economici significativi nello svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'approvazione della nuova modulistica contenente le suddette dichiarazioni da rendersi da parte dei professionisti, degli sponsor e dei promoter.

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

Nel corso del secondo semestre del 2022, alla conclusione della procedura partecipativa avviata con la pubblicazione dell'avviso a tutti gli interessati, e acquisito il parere dell'OIV, si potrà provvedere all'approvazione definitiva dell'aggiornamento del codice di comportamento aziendale ed alla diffusione a tutti i dipendenti.

### **c. Misure di Formazione**

La misura è già stata oggetto di studio e approfondimento da parte del Gruppo di lavoro regionale in materia di prevenzione della corruzione ed è stata attuata per la prima volta in modo uniforme in ambito regionale mediante la realizzazione di un programma di formazione regionale rivolto ai responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle aziende ed enti del SSR e ai dirigenti delle strutture sanitarie maggiormente esposte a rischio corruzione.

Nel corso del 2021 sono state realizzate le seguenti attività formative:

*Corso FAD "la legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione"*

Nel corso del 2019 è stato realizzato ed erogato a tutti i dipendenti delle Aziende sanitarie liguri un corso FAD a livello regionale ad oggetto: "LA LEGGE N. 190 I PIANI E LE MISURE ANTICORRUZIONE" e circa l'80% dei dipendenti del SSR si è iscritto al Corso e il 66% lo ha completato.

In considerazione della necessità di una erogazione capillare dell'intervento formativo che è indirizzato alla più ampia platea di destinatari (tutti i dipendenti delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del SSR.), per lo sviluppo di una cultura "diffusa" sui valori di legalità ed etica del lavoro, anche su indicazione di Alisa, si è ritenuto opportuno mantenere sempre attivo il corso medesimo per il personale di nuova assunzione, considerandolo come formazione obbligatoria.

*Corso FAD: "Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC"*

Come previsto nel PTPCT 2021 – 2023, è stato realizzato ed erogato un corso FAD – accreditato ECM per i professionisti della sanità - avente ad oggetto la metodologia per l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi

corruttivi che analizza nel dettaglio le varie fasi di cui si compone la gestione del rischio, fornendo gli strumenti e gli approfondimenti ritenuti necessari.

Il corso è destinato prioritariamente e, quindi, è reso obbligatorio, ai Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza e al personale dirigente e del comparto rientrante nelle aree a rischio di corruzione e che partecipa al processo di valutazione e trattamento del rischio corruttivo, così come attualmente definite dai P.T.P.C.T 2020 – 2022.

Per il 2022, oltre a proseguire l'erogazione delle sopradescritte attività formative, si ritiene opportuno programmare le seguenti ulteriori attività:

- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
- Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;
- Approfondimenti sull'articolazione e sviluppo del Piano Integrato Attività e Organizzazione alla luce dei provvedimenti attuativi.

## **B. Misure di sensibilizzazione e partecipazione**

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

Il Policlinico ha provveduto a pubblicare sul proprio sito internet un "avviso agli *stakeholders*" chiedendo contributi e suggerimenti per la redazione del presente piano, e provvederà a tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente per la consultazione preventiva dei soggetti istituzionali (CIV, OIV, ecc...) prima dell'adozione dei relativi documenti.

Inoltre come sopra specificato, è stata approvata la procedura partecipativa per il Codice di Comportamento e la pubblicazione sui siti istituzionali del Policlinico di un avviso pubblico, con il quale è stato avviato il percorso partecipativo previsto, nell'ambito del processo di predisposizione del Codice di comportamento.

Tale percorso è aperto a tutti i cittadini ed a tutte le organizzazioni rappresentative di interessi collettivi operanti nel territorio del Policlinico, i quali possono far pervenire eventuali proposte od osservazioni entro il termine prefissato.

Un ulteriore strumento di sensibilizzazione e partecipazione nei confronti di tutti i dipendenti e di tutti coloro che ne hanno l'accesso (collaboratori, organismi, ecc....) è costituito dalla rete Intranet aziendale.

A seguito dell'aggiornamento effettuato nel corso del 2021, su iniziativa e impulso del RPCT è stata introdotta una nuova Sezione denominata "Anticorruzione e Trasparenza" nella quale vengono pubblicate tutte le principali attività e le iniziative promosse dal RPCT, aggiornamenti normativi e la documentazione più rilevante in materia, nonché ulteriori contenuti anche di carattere formativo.

## **C. Misure di segnalazione e protezione**

### *Gestione del Whistleblowing*

In ottemperanza alle disposizioni vigenti, come specificato nei precedenti PTPCT, nel corso del 2019, il Policlinico, come tutte le aziende sanitarie liguri, a seguito delle indicazioni del Gruppo di lavoro regionale, si

è dotato di una piattaforma per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing denominata *Whistleblowing PA* e fornita da *Transparency International*, che è risultato il sistema più adeguato ed economico.

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

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

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

Inoltre deve essere garantito il rispetto della privacy del segnalante (in caso la segnalazione non sia anonima).

Conseguentemente, è stato elaborato il "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità ricevute da parte del dipendente e relative forme di tutela (c.d. "wistleblowing")" con le istruzioni operative, approvato con deliberazione n. 2441 del 29.12.2021.

#### *Disposizioni e procedure in materia di comunicazione di operazioni sospette in materia di antiriciclaggio*

Il Policlinico, con deliberazione n. 1000 del 10.06.2020 avente per oggetto "Approvazione delle Disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo e individuazione del Gestore delegato a valutare e trasmettere alla UIF le comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio" ha approvato la documentazione e gli atti che gli Enti e le Aziende Sanitarie devono adottare per ottemperare alle suddette disposizioni e aggiornare gli atti precedentemente adottati, individuando le procedure, modalità di segnalazione delle operazioni sospette e soggetti responsabili al fine di garantire l'efficacia nella rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione e l'omogeneità dei comportamenti.

Inoltre ha provveduto alla designazione dell'Avv. Laura Oliveri, Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal 01.6.2020 al 31.05.2023 e dei Responsabili della segnalazione che, in considerazione della complessità organizzativa del Policlinico, sono individuati nei Direttori delle seguenti aree di rischio e singole strutture:

- U.O. Programmazione Economico - Finanziaria
- U.O. Attività Economiche e Approvvigionamento
- U.O. Attività Tecniche
- U.O. Affari Generali e Legali
- U.O. ICT – *Information & Communication Technology*

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

Nel corso del 2022, come sopra specificato, verrà erogato uno specifico corso di formazione, al fine di consentire ai Responsabili delle segnalazioni di individuare gli indicatori di anomalia e rendere efficaci le sopradescritte disposizioni.

#### D. Misure di disciplina del Conflitto di interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con l'abilità di una persona ad agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte (es. interesse della collettività nel caso di un pubblico ufficiale, interesse dell'assistito nel caso di un avvocato), assumendo che tale persona abbia un dovere derivante dalla legge, da un contratto o da regole di correttezza professionale nel fare ciò.

Tale misura è stata ampiamente descritta nel PTPCT 2021 – 2023 nel quale è stato effettuato un approfondimento sul tema del conflitto di interessi in tutte le sue espressioni e le relative misure previste e che si confermano anche per il 2022, come riportato nella seguente scheda riepilogativa "Misura obbligatoria conflitto di interesse".

Ambito	Adempimento	Misura	Obiettivo 2022	Soggetto responsabile
<b>Conflitto di Interesse</b>	<p>Osservanza degli obblighi in materia di conflitto di interesse ai sensi di: Art. 6 bis della legge 241/1990 e artt. 6 e 7 del DPR 62/2013</p> <p>Art. 42 del D.lgs. n. 50/2016 e delibera ANAC 494/2019</p> <p>Art. 53, comma 14 del D. Lgs 165/2001</p>	<p>Acquisizione dichiarazioni sul conflitto di interesse:</p> <p>A. Dipendenti, dirigenti, incarichi di funzione, incarichi di consulenza, soggetti di cui all'art. 42 del codice dei contratti.</p> <p>B. Controllo a campione sulle dichiarazioni ricevute</p>	<p><i>Dipendenti:</i> al momento dell'assegnazione dell'ufficio;</p> <p><i>Dirigenti e incarichi di funzione:</i> al momento dell'affidamento dell'incarico;</p> <p><i>Consulenti esterni:</i> al momento del conferimento dell'incarico</p> <p>(ved. Modulistica comune dedicata)</p>	<p><b>Con riferimento all'art. 6 e 7 DPR 62/2013</b> Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo procedurali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.</p> <p><b>Con riferimento all'art. 42:</b> Tutti i soggetti (dipendenti e consulenti esterni) che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico: (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzarne in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente.</p> <p><b>Con riferimento all'art. 53:</b> I titolari degli uffici che affidano l'incarico attestano l'avvenuta verifica dell'insussistenza del conflitto di interesse anche solo potenziale disponendone la pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente e l'inserimento nel programma PerlaPA</p>

Inoltre nel corso del 2021 sono state attuate le “Indicazioni operative” emanate da A.Li.sa su proposta del gruppo interaziendale degli RPCT della Aziende ed Enti sanitari della Regione Liguria, sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alla sussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità per gli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio sanitario (procedure previste come misura generale dal PTPCT 2021 -2023) di seguito meglio descritte.

### *Inconferibilità e incompatibilità*

#### **1. Definizioni**

L’art. 1 comma 2 lett. g) del D.Lgs. n. 39 del 2013 definisce l’inconferibilità *“come la preclusione permanente o temporanea a conferire gli incarichi previsti (dal presente Decreto) a coloro che:*

- a. *abbiano riportato condanne penale per i reati previsti dal capo I titolo II del libro secondo del Codice penale;*
- b. *abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da PPAA o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;*
- c. *siano stati componenti di organi di indirizzo politico”.*

L’art. 1 comma 2 let. h) del D.Lgs. n. 39/2013 definisce l’incompatibilità *“come l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e:*

- a. *l’assunzione e lo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalle PPAA che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali;*
- b. *l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.”*

L’inconferibilità e l’incompatibilità assumono una dimensione di strumento di prevenzione della corruzione e di garanzia di imparzialità di portata generale, in quanto le fattispecie sopra indicate possono costituire causa di esclusione dall’incarico nell’amministrazione per le seguenti motivazioni:

- a. *l’aver avuto una condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione, anche non definitiva, perché in grado di compromettere la fiducia nella sua imparzialità;*
- b. *l’aver avuto nel periodo immediatamente precedente all’incarico un interesse privato in potenziale conflitto;*
- c. *l’aver ricoperto cariche in organi di indirizzo politico, per le quali l’esclusione non è fondata né su potenziali conflitti, né su pregressi comportamenti impropri, ma sulla compromissione dell’affidamento del cittadino sull’imparzialità di un funzionario che abbia ricoperto cariche politiche.*

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

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

Conseguentemente, il legislatore, nella volontà di restringere l’applicazione della disciplina sulla inconferibilità e incompatibilità agli incarichi dirigenziali aventi le suddette caratteristiche, ha ritenuto che in ambito sanitario i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale dell’azienda sanitaria

coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, socio sanitario e/o scientifico in quanto titolari di competenze di gestione.

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

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

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

dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle suddette Aziende in quanto anch'essi sono titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.2 Modalità di verifica**

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

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

*Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche*

*lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."*

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

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

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

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

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

### **3.4 Incarichi svolti**

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

*Per condurre tali accertamenti, il Policlinico ha scelto di avvalersi del Portale "Telemaco" collegandosi al link:*  
<https://telemaco.infocamere.it/dama/login>

### **3.5 Attività professionali svolte**

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

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

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

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

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

##### **4.1 Indicazioni ANAC**

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

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

##### **4.2 Procedure seguite dal Policlinico**

Alla luce di tali indicazioni, sono state concordate con l'U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane, specifiche istruzioni operative contenenti le modalità operative che vengono seguite all'interno del Policlinico.

Resta esclusivamente in capo al RPCT il compito della verifica dei dati relativamente alla Direzione Strategica.

La procedura per la verifica delle dichiarazioni rese con il mod 1-bis si attua come segue:

##### **UFFICIO ASSUNZIONI**

- Trasmette al dirigente **appartenente al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo** risultato vincitore della selezione il modulo 1 – bis contenente la dichiarazione di inconferibilità/incompatibilità, che egli dovrà restituire compilato prima di assumere l'incarico, unitamente ad un elenco in carta semplice di tutti gli incarichi ricoperti e al curriculum;
- Trasmette tempestivamente al RPCT il nominativo e i dati personali del soggetto a cui si conferisce l'incarico, la suddetta documentazione unitamente al solo certificato del casellario giudiziario, per gli ulteriori accertamenti.

##### **RPCT**

- Sulla base della dichiarazione resa e della elencazione degli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare effettua le verifiche consultando le banche dati di cui ai punti 3.3 e 3.4;
- A seguito delle verifiche trasmette la seguente scheda sintetica relativa a tutti gli accertamenti svolti (penali/incarichi/partecipazioni societarie, ecc) agli Uffici del Personale entro 20 giorni dalla ricezione della documentazione:

Tipologia Verifica	Soggetto Competente	Esito Positivo		Modalità di verifica (1 o 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico)	Note
Incarichi svolti o cariche ricoperte	RPCT	SI	NO	Portale TELEMACO (infocamere)	
Attività professionali svolte		SI	NO	Portale consulentipubblici.gov.it	
Componenti di organi di indirizzo politico		SI	NO	Banca dati anagrafe degli amministratori locali	
Il soggetto può essere assunto? L'incarico risulta conferibile?	RPCT	SI	NO		

Se la relazione del RPCT è:

- a. **NEGATIVA** l'Ufficio Assunzioni non procede all'assunzione e segnala senza indugio il caso al Direttore dell'U.O. di afferenza al fine della valutazione dei provvedimenti più opportuni. Il parere negativo viene conservato agli atti dell'Ufficio assunzioni;
- b. **POSITIVA** l'Ufficio Assunzioni
  - procede all'assunzione formalizzando l'atto di nomina nei modi consueti, fermo restando che devono sussistere anche tutti gli altri presupposti/requisiti previsti dalle norme/bando/avviso;
  - pubblica la nomina nell'apposita sezione del sito internet del Policlinico/Amministrazione trasparente, contestualmente alla pubblicazione della dichiarazione resa con il mod 1-bis.

All'esito positivo dei controlli l'incarico dirigenziale assumerà carattere definitivo.

L'Ufficio assunzioni inserisce il parere positivo ricevuto dal RPCT nel fascicolo personale del dirigente.

Nel caso in cui il RPCT comunicasse di non riuscire a concludere l'istruttoria nei tempi previsti, l'Ufficio Assunzioni può conferire comunque l'incarico dandone adeguata motivazione al RPCT e successivamente nell'atto di nomina, precisando che lo stesso è comunque condizionato dalla positiva conclusione delle verifiche ancora in corso.

In caso la conclusione dei controlli evidenziasse elementi ostativi alla nomina l'incarico è da considerare nullo.

#### 4.3. Verifiche annuali di situazioni di incompatibilità

Per quanto concerne le verifiche annuali di situazioni di incompatibilità dei dirigenti PTA già in servizio, la U.O. Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane avrà cura di pubblicare annualmente il modulo 1 – bis dei dirigenti PTA in servizio su Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 20 c. 2 del D.Lgs. n. 33/2013.

Il RPCT provvederà a effettuare un controllo a campione delle dichiarazioni. In caso le verifiche evidenziassero violazioni sulle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 il RPCT provvederà a contestare gli addebiti agli interessati secondo quanto stabilito dal succitato decreto e ulteriormente precisato dalla Del. ANAC n. 833/2016 e dal PNA 2019.

### *Conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico*

Nel PTPCT 2021-2023 il Policlinico nell'ambito della tematica sul conflitto di interessi ha trattato anche il settore delle sperimentazioni cliniche, le sponsorizzazioni e l'attività intramoenia.

Nel 2022 approfondirà in modo completo la tematica del conflitto di interessi nel settore sanitario e scientifico di sempre maggiore interesse in questo particolare momento, e quale approfondimento del documento generale predisposto lo scorso anno, verranno elaborate indicazioni e linee guida specifiche.

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

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

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

a) RICERCA SCIENTIFICA

- Sperimentazioni cliniche *Mappatura dei processi allegata al PTPCT del Policlinico*
- Comitato Etico Regionale *Regolamentazione San Martino (Direzione Scientifica)*
- Procedure di ripartizione e assegnazione dei fondi per la ricerca scientifica: *il Gaslini ha previsto un bando ad hoc.*

b) ATTIVITÀ CLINICA

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

- *Libera professione*

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

c) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'aspetto principale riguarda la Formazione sponsorizzata e l'attribuzione dei crediti ECM

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

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

- *Ricerca scientifica*  
riviste biomediche  
produzione di Linee Guida
- ECM
- Informazione farmaceutica

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

#### *Ruolo e comportamenti delle Società scientifiche*

Anche se non coinvolte direttamente nell'erogazione dei servizi sanitari, svolgono un ruolo significativo perché, grazie alla produzione di linee guida, definiscono gli standard clinico-assistenziali per guidare i comportamenti professionali. Inoltre, le società scientifiche definiscono l'agenda delle priorità, sia attraverso le tematiche individuate per la formazione dei loro associati, sia richiamando l'attenzione dei cittadini su specifiche malattie e condizioni. A fronte di interessi economici, i conflitti di interesse possono pregiudicare l'indipendenza delle società scientifiche, anche perché in Italia non esiste alcun obbligo di rendicontare pubblicamente l'entità dei finanziamenti ricevuti dall'industria. E' ben noto che l'organizzazione dei congressi delle società scientifiche viene generalmente sponsorizzata da aziende farmaceutiche e biomedicali che conferiscono - generalmente in maniera indiretta - consistenti onorari ai relatori, in particolare a opinion leader particolarmente influenti.

#### *Ruolo delle Associazioni dei pazienti.*

Accanto all'iniziale attività volontaristica, spesso complementare al servizio sanitario, negli ultimi anni si è progressivamente affermata una capacità sempre maggiore di influenzare o sostenere le decisioni di politica sanitaria. Di conseguenza esiste il rischio di condizionamenti, evidenti nella composizione degli organi associativi (con squilibri nella presenza tra malati e professionisti), nei rapporti con sponsor commerciali o, addirittura, nel sostegno a iniziative lobbistiche per promuovere l'uso di specifici farmaci e altre tecnologie sanitarie.

Il Gruppo Regionale degli RPCT ad oggi ha progettato di regolamentare la gestione del conflitto di interesse nell'area sanitaria con riferimento ai seguenti settori, individuando le corrispondenti misure di prevenzione, riportate nello schema allegato C:

Settore	Misure	Indicatori
Sponsorizzazioni comprese quelle in ambito formativo	1. Ricognizione contratti in essere nelle rispettive Aziende;  2. Ipotesi regolamento condiviso	1. n. verbali sottogruppo di lavoro  2. Regolamenti adottati
Rapporti con gli informatori scientifici	Regolamento per l'accesso	Regolamenti adottati
Partecipazione a convegni retribuiti nell'ambito delle comunicazioni sullo svolgimento di attività extra istituzionali	Aggiornamento regolamento attività extraistituzionali in conformità con il codice di comportamento e relativa modulistica	Adeguamento disposizioni e utilizzo modulistica

## E. Misure di controllo

Un cenno particolare meritano le **Misure di Controllo** in quanto l'azione di analisi e prevenzione in merito alle attività di Diagnostica (di cui si è detto) costituisce un esempio di misura coordinata a livello regionale con la partecipazione attiva degli RPCT delle singole aziende. Oltre alle attività afferenti all'area tecnico-amministrativa, il Policlinico ha ritenuto opportuno estendere l'analisi anche ai processi dell'Area Sanitaria, con particolare riferimento all'Area della Diagnostica, ulteriori rispetto a quelle previste dall'aggiornamento 2015 al PNA e ritenute particolarmente sensibili e a rischio corruzione; in modo da allargare il perimetro dell'analisi dei processi anche alle strutture prettamente sanitarie.

Su iniziativa del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza è stato costituito un Gruppo di Lavoro composto dai Direttori dell'U.O. Medicina Di Laboratorio, U.O. Qualità, Servizi Informativi Aziendali, dal Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e dal RPCT, al fine di elaborare le procedure per l'effettuazione del monitoraggio e controllo dei processi a rischio nell'ambito della Medicina di Laboratorio.

Il suddetto Gruppo di Lavoro ha individuato i processi a rischio sui quali effettuare i controlli mediante un'analisi a campione, sulla base delle risorse disponibili e della reportistica messa a disposizione dell'U.O. ICT, ed ha stabilito le procedure per lo svolgimento degli stessi.

Il Gruppo ha proceduto alle seguenti verifiche:

- A. Controlli sulla verifica sul pagamento del ticket e sulla congruenza tra quanto prescritto sulle impegnative e quanto effettivamente pagato o l'eventuale esenzione;
- B. Controlli sugli esami ripetuti effettuati sui pazienti esterni per verificare la congruenza tra la nuova richiesta relativa alla ripetizione dell'esame (per la quale non è previsto il pagamento del ticket né una nuova impegnativa del medico) e una precedente accettazione dalla quale emerge una non conformità;
- C. Controlli su esami pre-ricovero per verificare che gli esami richiesti siano stati realmente effettuati su pazienti ricoverati;
- D. Controlli sugli esami su pazienti esterni effettuati presso gli ambulatori.

Area di Rischio	Processo / Fasi	Aspetti di rischio	Misure di prevenzione	Indicatori	Monitoraggio
Dipartimento Diagnostico / Area Laboratori	Accettazione esami Utenti esterni / pagamento ticket	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione	Verifica a campione della congruenza tra esami prescritti ed esami accettati e procedure di accesso	Numero verifiche effettuate (definite da ciascuna azienda)	Trimestrale Gruppo di controllo definito dall'azienda
	Accettazione esami Utenti esterni	Mancato rispetto delle procedure amministrative di pagamento ticket	Verifica a campione della congruenza tra esami effettuati e pagamento/esenzione	Numero verifiche effettuate (definite da ciascuna azienda)	Trimestrale Gruppo di controllo definito dall'azienda
	Consegna / ritiro referti	Referti non consegnati/ritirati	Verifica numero esami non ritirati entro 30 gg.	Percentuale referti non ritirati su esami svolti	Quadrimestrale Estrazione ICT

Area di Rischio	Processo / Fasi	Aspetti di rischio	Misure di prevenzione	Indicatori	Monitoraggio
Dipartimento Diagnostico / Area Laboratori	Richiesta esami pazienti interni	Mancata corrispondenza della richiesta con il soggetto ricoverato (es. pazienti non in carico alla struttura)	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivi ricoveri	Numero richieste verificate nel periodo di una settimana	Una settimana / Trimestre Estrazione ICT
	Attività diagnostica in prericovero	Mancata corrispondenza della richiesta con il ricovero	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivi ricoveri	Corrispondenza degli esami prericovero e ricoveri effettuati	10 giorni/anno Estrazione ICT

A seguito dell'applicazione delle suddette misure di controllo nel settore dei Laboratori di analisi, è stato possibile ridurre il rischio inerente e calcolare il rischio residuo.

### 13. MONITORAGGIO SULL'IDONEITA' E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

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

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Essendo il PTPCT un documento di programmazione, appare evidente che ad esso debba logicamente seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure. La responsabilità del monitoraggio di norma è del RPCT. Tuttavia, considerate le dimensioni e l'elevato livello di complessità del Policlinico, il monitoraggio in capo al solo RPCT non è facilmente attuabile, anche in funzione della numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, è stato previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (monitoraggio di primo livello) e il secondo in capo al RPCT (monitoraggio di secondo livello), come risulta negli Allegati B e C.

Con l'attenuarsi della pandemia, è stato possibile effettuare, in accordo con la Direzione Amministrativa, la programmazione di audit e incontri con i Referenti per la prevenzione della corruzione, al fine di verificare e monitorare l'attuazione delle misure generali e specifiche.

A seguito di tali incontri dei quali sono stati redatti dettagliati verbali conservati agli atti del RPCT, sono state concordate specifiche linee guida e istruzioni operative per migliorare l'applicazione delle suddette misure.

A conclusione del 2021, ogni referente ha provveduto con il supporto del RPCT, a completare le rispettive tabelle riepilogative riguardanti l'applicazione delle misure di prevenzione generali e specifiche, conservate agli atti del RPCT, che vengono sintetizzate nella seguente tabella.

Dalla tabella sopra riportata si evince che tutte le misure generali programmate nel PTPC 2021-2023 sono state

Misura	Pianificata	Attuata
Codice di comportamento	Si	Si
Inconferibilità - incompatibilità	Si	Si
Incarichi extraistituzionali	Si	Si
<i>Whistleblowing</i>	Si	Si
Formazione	Si	Si
Trasparenza	Si	Si
Svolgimento attività successiva cessazione lavoro – pantouflage	Si	Si
Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	Si	Si
Rotazione ordinaria del personale	Si	No
Misure di controllo attività diagnostica	Si	Si
Monitoraggio dei tempi procedurali	Si	Si

attuata ad eccezione della rotazione ordinaria del personale, che risulta in fase di realizzazione.

#### 14. DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Piano, come già evidenziato, non è un documento statico ma sarà soggetto a revisioni e aggiornamenti che terranno conto dei seguenti fattori:

- a) modifiche normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- d) nuovi indirizzi o direttive fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall’A.N.A.C;
- e) le nuove direttive in materia di gestione del rischio individuate dall’ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, approvato con deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019.

## SEZIONE - II PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITA’

#### 15. PREMESSA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente Programma, valido per il triennio 2022-2024, è adottato dall’Ospedale Policlinico San Martino ai sensi dell’art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 e costituisce una sezione all’interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Esso è redatto in ossequio ai criteri stabiliti nelle seguenti fonti:

- D.Lgs. 150/09 (definisce la trasparenza come “accessibilità totale, con l’intento di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità. Essa costituisce il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lett. m) della Costituzione.);
- Linee guida per i siti web della PA del 26 luglio 2010;
- D. Lgs. n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al PNA”;

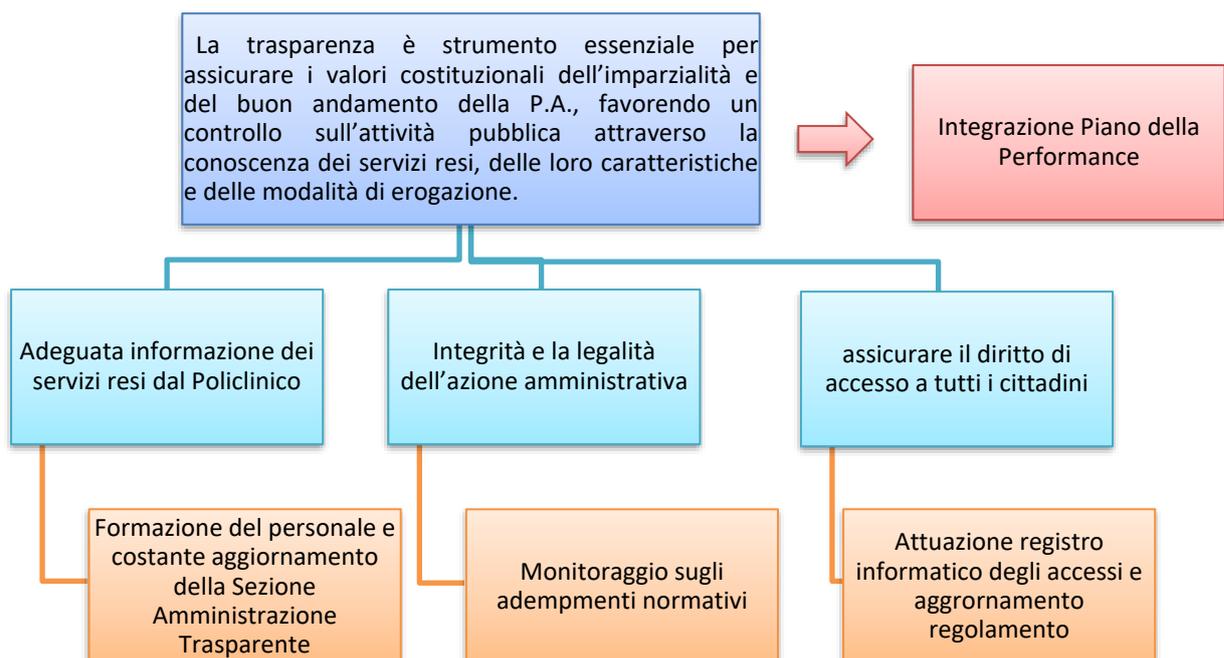
- D.Lgs. n. 97/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza –correttivo della L. n. 190/2012 e del D. Lgs n. 33/2013, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Deliberazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’ art. 5, comma 2, del D. Lgs. n. 33/2013”;
- Deliberazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 “Prime Linee Guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016”;
- Legge 30 novembre 2017 n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

La verifica periodica dell’attuazione del PTTI, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per il Policlinico a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

## 16. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Policlinico, al fine della realizzazione di un’amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individua in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- a. assicurare all’utenza adeguata informazione dei servizi resi dal Policlinico, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- b. garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l’integrità e la legalità dell’azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- c. garantire all’utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure.



Gli obiettivi del presente Programma sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nel Piano della Performance.

Come specificato nel precedente paragrafo 5, l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei report nelle tempistiche previste, verrà inserito quale obiettivo di performance individuale nelle schede di budget per l'anno 2022 nelle relative schede.

### **17. STRUTTURE E SOGGETTI COINVOLTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA**

Il Programma è adottato dal Policlinico su proposta del Responsabile per la Trasparenza.

Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione e adozione del Piano concorrono:

- la Direzione strategica, che avviano il processo, individua gli obiettivi strategici, e indirizza le attività;
- il Responsabile della Trasparenza, che controlla il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;
- Il Policlinico con Deliberazione n. 559 dell'11/4/2019 ha nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza la Dott.ssa Laura Oliveri;
- l'OIV, Organismo Indipendente di Valutazione che, in qualità di "responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti" predisposti dall'A.N.AC, esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del Programma ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- i dirigenti delle Unità Operative del Policlinico che partecipano al processo di reperimento, elaborazione e pubblicazione dei dati;
- i collaboratori dei dirigenti/referenti per le situazioni operative, di elaborazione e pubblicazione dei dati;
- gli *stakeholders* per il coinvolgimento nell'elaborazione del programma e per la presentazione di osservazioni/proposte inerenti profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la comunità.

### **18. LA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" DEL POLICLINICO**

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del Policlinico accessibile dalla Home

[www.ospedalesanmartino.it](http://www.ospedalesanmartino.it)

L'attività del Policlinico in tema di trasparenza consiste principalmente nella gestione all'interno del sito Internet istituzionale della sezione "Amministrazione Trasparente", completa di tutte le relative sottosezioni; secondo le normative legislative regolamentari vigenti (D.Lgs 33/2013, modificato dal 97/2016).

La riorganizzazione della sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'Ente, avviata dal Responsabile per la Trasparenza dal 2019 con l'intento di renderla più completa, più chiara, maggiormente fruibile agli utenti, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia (D. Lgs. n. 33/2013, D. Lgs. n. 97/2016, Linee Guida emanate dall' ANAC con Delibera n. 1310 del 28/12/2016), è proseguita negli anni successivi, In un'ottica di continuo miglioramento.

Nel secondo semestre 2021, in considerazione del significativo lavoro svolto di concerto con l'U.O. ICT, e a seguito delle verifiche poste in essere dall'OIV, è stato avviato un importante lavoro di adeguamento

riguardante tutta la Sezione al fine di raggiungere una sempre maggiore aderenza con le disposizioni normative e l'attuazione di quanto previsto nel PTPCT.

Per mantenere i risultati raggiunti e per migliorare ulteriormente i contenuti, rendendo anche più semplice il compito dei soggetti preposti alla pubblicazione, è in fase di realizzazione la possibilità di far migrare in automatico alcuni dati pubblicati sull'albo pretorio direttamente all'interno delle sottosezioni di riferimento della pagina amministrazione trasparente. A tal fine, sono intercorsi numerosi incontri con l'U.O. ICT responsabile dei servizi informatici del Policlinico, al fine di semplificare le modalità di pubblicazione per i vari operatori/referenti, migliorando il flusso degli aggiornamenti nella sezione Amministrazione Trasparente. Tale attività al vaglio del gestore della piattaforma del protocollo vedrà coinvolte come "pilota" le UU.OO. Servizi Tecnici e Attività Economiche e di Approvvigionamento al fine di rendere quanto mai puntuali e trasparenti le loro attività.

Si ribadisce la necessità della collaborazione dei Dirigenti indicati quali Referenti nel PTPCT. Ugualmente, sarebbe opportuno uniformare la struttura della Sezione Amministrazione Trasparente a quella delle altre Aziende Sanitarie al fine di creare un "modello unico" ugualmente accessibile da tutta la collettività.

#### **Implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente alla luce dell'emergenza sanitaria**

Come dettagliatamente descritto nel soprariportato paragrafo 12. Punto a.2. "Misure di prevenzione nell'emergenza", vengono mantenuti gli specifici obblighi di pubblicazione previsti in caso di situazioni di emergenza che comportano l'adozione di atti in deroga alla legislazione vigente, quali l'alimentazione della voce "Emergenza Covid", che viene costantemente aggiornata, pubblicando i provvedimenti riguardanti i settori principalmente coinvolti nella fase di emergenza che ci ha colpiti, nell'ambito dei quali sono state svolte attività in deroga alla legislazione vigente.

Inoltre, per quanto riguarda le donazioni beni e le elargizioni di denaro, viene pubblicata una dettagliata rendicontazione delle stesse.

#### **Dirigenti responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati**

Nel corso del 2020 i Responsabili delle Strutture sono stati sensibilizzati sulla piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta, sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

In particolare, essi devono attuare tutte le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge in linea con le indicazioni fornite dal D.Lgs. n. 33/2013 all'art. 43, comma 3, e nella delibera della A.N.AC. (già CIVIT) n. 50/2013, anche attraverso personale assegnato alla propria Struttura addetto al trattamento dell'informazione oggetto di pubblicazione.

Ogni Struttura del Policlinico, di norma, è responsabile del dato e al tempo stesso, responsabile della pubblicazione, pertanto provvede direttamente alla pubblicazione e all'aggiornamento dei dati di propria competenza nella Sezione "Amministrazione Trasparente", in conformità con il succitato Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del sito web istituzionale approvato con deliberazione n. 397 del 21/3/2018.

I dati e i documenti di competenza dell'RPCT sono pubblicati avvalendosi del supporto operativo di Liguria Digitale S.p.A.

Nella tabella allegata viene riportata la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti, con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione delle Strutture responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato e della sua pubblicazione; si precisa che tale tabella è stata redatta in funzione degli adempimenti il cui obbligo, relativamente all'ambito soggettivo, è previsto espressamente per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale **ALLEGATO D**.

Il Policlinico garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

#### **Misure organizzative attuate al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi**

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, sono state messe in atto le seguenti misure:

- estensione delle responsabilità dei Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione (elencati all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione) all'ambito della trasparenza: i Referenti devono assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni da loro trasmesse nel rispetto della normativa. Gli stessi Referenti hanno la possibilità di individuare propri collaboratori per le situazioni operative, per la elaborazione e la pubblicazione dei dati;
- adeguamento del sito web aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui è seguita l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'ente;
- adeguamento della piattaforma informatizzata di gestione dell'Albo Pretorio.

La mancata collaborazione dei singoli Referenti ai fini di quanto previsto nel presente articolo costituirà elemento di responsabilità dirigenziale con ogni conseguenza anche rispetto all'eventuale revoca/conferma e/o rinnovo dell'incarico ricoperto.

I Dirigenti sono responsabili per omissione, totale o parziale, o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal Programma Aziendale:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D. Lgs. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 165/2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionabili a carico dei responsabili del servizio.

## **19. MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA**

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza, sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati.
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Ente gli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'Organismo provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.AC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Aziendale.

L' RPCT ha sistematicamente e periodicamente monitorato l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, richiedendo ai Referenti interessati l'eventuale aggiornamento dei dati pubblicati.

Per il 2021, come stabilito da A.N.A.C., l'OIV ha provveduto alla verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e alla relativa attestazione e pubblicazione entro il 30 giugno 2021 da cui è emerso il pieno adempimento di tutti gli obblighi previsti.

## **20. ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI**

Nell'ambito della funzione di trasparenza e di contrasto alla corruzione nel settore dei contratti pubblici, ed a completamento della stessa, nonché all'ulteriore fine della semplificazione amministrativa nell'affidamento e nella gestione delle gare d'appalto, si inserisce l'istituzione presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (oggi ANAC) della Banca dati nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), e lo sviluppo dei connessi sistemi AVCPass (per la verifica dei requisiti di cui all'art. 48 del codice dei contratti pubblici) ed AUSA (Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti La stessa Autorità, nella segnalazione del 16 giugno 2010 e nella segnalazione n. 1 del 2012, aveva ritenuto che uno strumento indispensabile per coniugare informatizzazione e celerità nelle procedure di gara fosse rappresentato dalla creazione di una banca dati nazionale dei contratti pubblici.

Accogliendo tale richiesta, il legislatore nazionale, con l'articolo 20 del D.L. 9 febbraio 2012 n. 5, convertito dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, ha istituito presso l'Autorità, a fare data dal 1° gennaio 2013, la Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

L'art. 33-ter del D.L. 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni in Legge 17 dicembre 2012 n. 221, ha istituito l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, demandando a quest'ultima di stabilire, con propria deliberazione, le modalità operative e di funzionamento della richiamata Anagrafe.

In particolare, il predetto articolo ha previsto un duplice obbligo in capo alle stazioni appaltanti di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ossia quello di:

- iscrizione all'Anagrafe unica presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici istituita ai sensi dell'articolo 62-bis del codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82;
- aggiornamento annuale dei rispettivi dati identificativi.

In caso di inadempimento dei suddetti obblighi di iscrizione e di aggiornamento sono state previste le seguenti sanzioni:

- nullità di tutti gli atti adottati dalla SA;
- responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari responsabili.

Con la Delibera n. 831 del 3/8/16 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016/18 è stato stabilito che, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati (RASA) e a indicarne il nome all'interno del PTPC.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016/18 ha inteso quindi l'individuazione del RASA come una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Il RASA è l'unico soggetto responsabile per l'inserimento e per l'aggiornamento delle informazioni concernenti le SA presenti in AUSA, da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Ai sensi di previsto dal suddetto art. 33-ter, dall'obbligo di iscrizione ed aggiornamento dei dati derivano, in caso di inadempimento, la nullità degli atti adottati dalle SA e la responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari incaricati.

Il RASA del Policlinico è la Dott.ssa Silvia Vella Dirigente Amministrativo U.O. Attività Tecniche nominata con deliberazione n. 2125 del 25/11/2020

Il Rasa Aziendale provvede annualmente ad aggiornare i dati identificativi della SA.

## **21. TRASPARENZA E PRIVACY**

A seguito dell'applicazione del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore del D.lgs.101/2018, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/03) alle disposizioni del RGPD, sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013.

Al riguardo, l'ANAC ha evidenziato (cfr. Aggiornamento 2018 al PNA, par. 7 e 7.1, pagg. 22-25) che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice,

dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «*La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1*». Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Il presente piano e le attività per ottemperare alle disposizioni in materia di trasparenza sono conformi alla suddetta normativa e il Responsabile per la Trasparenza opera in stretta collaborazione con il RPD.

#### **RPCT E RPD**

Un indirizzo interpretativo con riguardo ai rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), è stato sollecitato all'ANAC da diverse amministrazioni.

A tale riguardo, l'Autorità ha chiarito che, “per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni”. Si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013. “In questi casi - ha concluso l'ANAC - il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante”.

## **22. CRONOPROGRAMMA**

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo permanente di cui il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo, si prevede il seguente cronoprogramma:

Tempistica	Attività	Soggetto competente
Entro il 31 gennaio di ogni anno o altra data stabilita da ANAC	Adozione del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	RPCT/Direzione Generale sentito il CIV
Indicazioni ANAC	Pubblicazione sul sito web Aziendale e trasmissione del PTPCT ai dipendenti in servizio tramite pubblicazione sul Portale del Dipendente	RPCT
Indicazioni ANAC	Attestazione OIV obblighi di pubblicazione D.Lgs. 33/2013	OIV
Settembre di ogni anno	Avvio incontri con le UU.OO. per la mappatura dei processi e definizione di misure mitiganti	RPCT e Direttori di UU.OO. /Referenti
Entro il 15 ottobre di ogni anno	Aggiornamento mappatura dei processi	Strutture aree a rischio
Entro il 31 ottobre di ogni anno	Adempimenti relativi all'allegato C – Misure generali obbligatorie	Strutture interessate
Entro il 15 giugno e il 15 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT di una relazione di monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali	Referenti di cui al PTPCT
Entro il 30 novembre di ogni anno	Trasmissione report contenente i seguenti dati: 1. numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; 2. numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni.	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
Indicazioni ANAC	Pubblicazione sul sito web Aziendale di una relazione recante i risultati dell'attività	RPCT
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Svolgimento programmi di formazione	RPCT e SSD Formazione e Comunicazione

### 23. DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012 e s.m.i.

Il presente Piano verrà adeguato alle indicazioni che verranno fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con successivi atti di indirizzo e, qualora intervengano ulteriori disposizioni normative e di attuazione del D.L. n. 80/2021, verrà inserito nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

## APPENDICE NORMATIVA

### Principali fonti normative per la stesura del Piano

**Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150** *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*

**Decreto legge 22 giugno 2012, n. 83, convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 134** (cd. Decreto Sviluppo) *“Misure urgenti per la crescita del Paese”*

**Legge 6 novembre 2012, n. 190**, *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*

**Decreto legge 24 giugno 2014, n. 9, convertito nella L. 11 agosto 2014, n. 114** *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”*

**Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33** – *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*

**Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97** *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*

**Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39** – *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*

**D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62** – *“Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni in attuazione dell’art. 54 del D.Lgs. n. 165 del 2001, come sostituito dalla legge n. 190/2012”*

**Decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 convertito nella L. n. 125 del 30.10.2013** *“Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni”*

**Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito nella L. 11 agosto 2014, n. 114** *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”*

**Legge 27 maggio 2015, n. 69** – *“Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”*

**Legge 7 agosto 2015, n. 124** – *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (art.7)*

**Legge 28 dicembre 2015, n. 208** *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”*

**Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97** *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*

**Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75** *“Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*

**Legge 30 novembre 2017 n. 179** *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*

**Legge 27 dicembre 2019, n. 160** *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022”*

**Decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162** *“Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica”*. Convertito dalla **L. 28 febbraio 2020, n. 8**

**Decreto legge 16 luglio 2020, n. 76**, convertito in legge 11 settembre 2020 n. 120 *“Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale”*

**Legge 30 dicembre 2020, n. 178** *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023”*

**Decreto legge 31 dicembre 2020, n. 183** *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione europea”*

**Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77** *“Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.”* Convertito con modificazioni dalla **L. 29 luglio 2021, n. 108**.

**Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80** *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*. Convertito con modificazioni dalla **L. 6 agosto 2021, n. 113**;

**Decreto Legge 23 luglio 2021, n. 105** *“Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID 19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche.”* Convertito con modificazioni dalla **L. 16 settembre 2021, n. 126**;

**Decreto Legge 30 dicembre 2021 n. 228** *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*, convertito dalla **L. 25 febbraio 2022 n. 15**.

## Atti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

**Delibera CIVIT n. 105/2010** - “Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, predisposte dalla Commissione per la Valutazione Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche nel contesto della finalità istituzionale di promuovere la diffusione nelle pubbliche amministrazioni della legalità e della trasparenza. Esse indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, a partire dall'indicazione dei dati che devono essere pubblicati sul sito web istituzionale delle amministrazioni e delle modalità di pubblicazione, fino a definire le iniziative sulla trasparenza;

**Delibera CIVIT n. 2/2012** - “Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, predisposte dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche con indicazioni integrative delle linee guida precedentemente adottate, considerando in particolare le principali aree di miglioramento evidenziate nel monitoraggio effettuato dalla CIVIT a ottobre 2011;

**Linee Guida per i siti web della PA (26 luglio 2010, con aggiornamento 29 luglio 2011)**, previste dalla Direttiva del 26 novembre 2009, n. 8 del Ministero per la Pubblica amministrazione e l'innovazione, in base alle quali i siti web delle P.A. devono rispettare il principio della trasparenza tramite l'“accessibilità totale” del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'Ente pubblico, definendo peraltro i contenuti minimi dei siti web istituzionali pubblici;

**Delibera CIVIT n. 6/2013** ad oggetto “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013”;

**Delibera CIVIT n. 50/2013** ad oggetto “Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016”;

**Delibera CIVIT n. 58/2013** recante “Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del d.lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario”;

**Delibera CIVIT n. 59/2013** in tema di “Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, d.lgs. n. 33/2013)”;

**Delibera CIVIT n. 66/2013** in tema di “Applicazione del regime sanzionatorio per la violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs. n. 33/2013)”;

**Delibera CIVIT n. 71/2013** ad oggetto “Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione”;

**Delibera CIVIT n. 72/2013** - “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;

**Delibera CIVIT n. 75/2013** - “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001)”;

**Delibera ANAC n. 1/2015** ad oggetto “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013”;

**Determinazione ANAC n. 6 del 28.04.2015** “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. *whistleblower*)”;

**Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015** - “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;

**Regolamento ANAC 25.11.2015** - “Linee guida per lo svolgimento delle ispezioni”;

**Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016** - “Determinazione di approvazione del PNA 2016”;

**Delibera ANAC n.1309 del 28 dicembre 2016** - “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art.5, comma 2 del D. Lgs. 33/2013”;

**Determinazione ANAC n. 1134 del 08/11/2017** – “Nuove linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”;

**Delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016** - “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016”;

**Determinazione ANAC n. 241 del 08/03/2017** - “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall’art. 13 del d.lgs. 97/2016”;

**Delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017** - “Linee Guida per l’adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN”;

**Regolamento ANAC del 29 marzo 2017** sull’esercizio dell’attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

**Delibera ANAC n. 382 del 12 aprile 2017** - “Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN”;

**Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017** - “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2017 del Piano Nazionale Anticorruzione”;

**Regolamento dal Consiglio dell’Autorità 18 luglio 2018** sull’esercizio del potere dell’Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione”.

**Delibera numero 840 del 02 ottobre 2018** - “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).....”

**Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018** - “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”

**Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019** - “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”

**Delibera ANAC n. 586 del 5 giugno 2019** - “Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”

**Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019** - “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”.

**Delibera ANAC n. 1126 del 04 dicembre 2019** - “Rinvio alla data del 1° Marzo 2020 dell’avvio dell’attività di vigilanza dell’ANAC sull’applicazione dell’art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione dell’efficacia della delibera ANAC n. 586/2019 limitatamente all’applicazione dell’art. 14 co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa”

**Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** - “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”

**Comunicato del Presidente dell’Autorità del 13 novembre 2019** - “Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza – differimento al 31 gennaio 2020 del termine per la pubblicazione”

Infine la **Circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017**: “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”

**Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019** “Piano Nazionale Anticorruzione 2019” e relativo” ALLEGATO 1 Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”

**Delibera numero 1201 del 18 Dicembre 2019** “Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione”.

**Delibera numero 25 del 15 Gennaio 2020** “Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici”

**Delibera numero 177 del 19 Febbraio 2020** “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche approvate con delibera n. 177 del 19 Febbraio 2020”

**Delibera numero 345 del 22 aprile 2020** “Individuazione dell’organo competente all’adozione del provvedimento motivato di “rotazione straordinaria”, ai sensi dell’art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nelle amministrazioni”

**Delibera numero 600 del 01 luglio 2020** “Ipotesi di incompatibilità interna prevista per i dipendenti di un’amministrazione/ente con riferimento allo svolgimento di determinate funzioni”.

**Delibera numero 713 del 4 agosto 2020** “Ipotesi di inconferibilità di cui al d.lgs. 39/2013 in capo a un dirigente ingegnere in servizio presso l’Ospedale Policlinico San Martino”

**Delibera numero 1054 del 25 novembre 2020** “Interpretazione della locuzione "enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione" e di "svolgimento di attività professionali" di cui all'art. 15, co.1, lett. c) del d.lgs. 33/2013”

**Delibera numero 469 del 9 giugno 2021** “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)

**Delibera n. 747 del 10 novembre 2021** “Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull’introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione”

In materia di trattamento di dati personali:

**Delibera del Garante per la Protezione dei Dati Personali in data 02.03.2011, che definisce le** “Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato anche da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web”;

**Delibera del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 134 del 12 giugno 2014** “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”

**Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101** di adeguamento del nostro ordinamento al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

**Delibera del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 467 del 11 ottobre 2018** “Elenco delle tipologie di trattamenti soggetti al requisito di una valutazione d’impatto sulla protezione dei dati, ai sensi dell’articolo 35, comma 4, del regolamento (UE) n. 2016/679”.

## **ALLEGATI**

ALLEGATO A - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

ALLEGATO B - MAPPATURA E CATALOGO DEI PROCESSI

ALLEGATO C- PROGRAMMAZIONE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE

ALLEGATO D - ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE