

Azienditalia

Le Monografie

**CONTRASTO ALLA CORRUZIONE
NEL SETTORE SANITARIO:
STRATEGIE E PROCESSI ORGANIZZATIVI**

Rossana Turturiello

QUESTO VOLUME È ANCHE ONLINE

Consultalo gratuitamente ne "LA MIA BIBLIOTECA", la prima biblioteca professionale in the cloud con le pubblicazioni di **CEDAM, UTET Giuridica, IPSOA, ALTALEX**.

Grazie ad un evoluto sistema di ricerca, puoi accedere ai tuoi scaffali virtuali e trovare la soluzione che cerchi da PC o tablet. Ovunque tu sia.

Per conoscere le modalità di accesso al servizio e consultare il volume online, collegati al sito **www.lamiabiblioteca.com**

La consultazione online viene offerta all'acquirente del presente volume a titolo completamente gratuito ed a fini promozionali del servizio "La Mia Biblioteca" e potrebbe essere soggetta a revoca da parte dell'Editore.

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© 2018 Wolters Kluwer Italia S.r.l - Via dei Missaglia, 97 - Edificio B3 - 20142 - Milano

ISBN: 978-88-217-6645-9

Il presente file può essere usato esclusivamente per finalità di carattere personale. I diritti di commercializzazione, traduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento e di riproduzione totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

La presente pubblicazione è protetta da sistemi di DRM. La manomissione dei DRM è vietata per legge e penalmente sanzionata.

L'elaborazione dei testi è curata con scrupolosa attenzione, l'editore declina tuttavia ogni responsabilità per eventuali errori o inesattezze.

PROFILO AUTORE

Rossana Turturiello

Rossana Turturiello, **specialista** in materia di anticorruzione e trasparenza, **docente** in corsi di formazione in materia di anticorruzione – trasparenza ed appalti per conto della scuola di formazione IPSOA (Gruppo Wolters Kluwer Italia), **consulente** presso enti pubblici e soggetti assimilati (Comuni, Consorzi, società pubbliche, Aziende Ospedaliere ed Aziende Ospedaliere Universitarie, Aziende Sanitarie locali ecc.), **coautrice** di un manuale teorico – pratico in materia di anticorruzione e trasparenza, edito da Maggioli 2018, rivolto a Enti locali, Società partecipate o controllate, Ordini professionali.



Presentazione

Con l'avvento della Legge n. 190/2012 e dei successivi decreti attuativi (D.Lgs. n. 33/2013, D.Lgs. n. 39/2013 e D.P.R. n. 62/2013), relativi alla trasparenza, alle inconferibilità/incompatibilità e al Codice di Comportamento, il legislatore ha dato una svolta sul fronte "amministrativo" nella lotta corruzione nelle Amministrazioni Pubbliche.

Tale presa di posizione ha di riflesso determinato l'imposizione a tutti gli Enti pubblici di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001, compresi gli Enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, di una serie di adempimenti amministrativi, quali, l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e oggi anche della trasparenza, a seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 alla Legge n. 190/2012 e al D.Lgs. n. 33/2013, che richiede un necessario collegamento tra il PTPCT e i documenti programmatici, *in primis* con il Piano Performance (come richiesto dal D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74), per non parlare, poi, dell'importanza del Codice di Comportamento, altro documento collegato al PTPCT, dopo la delibera ANAC n. 358/2017.

Il presente e-book, aggiornato alla determinazione 22 novembre 2017, n. 1208 (c.d. PNA 2017) si propone l'obiettivo:

- di fornire un'analisi del quadro normativo in materia di anticorruzione e trasparenza e delle conseguenti lacune normative e criticità riscontrate, dovute ad un mancato coordinamento con la normativa che disciplina un settore così delicato, come il settore sanitario;
- di analizzare le misure di prevenzione previste dalla Legge n. 190/2012 che dovrebbero essere attuate all'interno dell'ente sanitario;
- di dare una lettura di quelli che sono gli adempimenti in materia di trasparenza alla luce della riforma sia della Legge n. 190/2012 che del D.Lgs. n. 33/2013 ad opera del D.Lgs. n. 97/2016 attuativo della Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia);
- di orientare gli Enti sanitari nella corretta predisposizione degli atti richiesti dalla normativa anticorruzione, senza perdere di vista la normativa che, a monte, già regola il settore sanitario.

Il **I capitolo** dell'e-book è dedicato all'inquadramento generale della normativa. Il **II capitolo**, invece, approfondisce la Legge n. 190/2012 nella sua parte "preventiva", con la descrizione delle misure di prevenzione e delle azioni concrete che ciascun Ente è tenuto ad intraprendere per fronteggiare il problema della corruzione, in particolare, la rotazione del personale nelle strutture sanitarie, il problema delle nomine di vertice, degli acquisti in sanità, etc. Il **III capitolo** passa in rassegna i decreti attuativi della Legge n. 190/2012. Completa l'e-book la modulistica personalizzabile, contenuta nel **IV capitolo**, che orienterà l'Ente nell'attuazione della normativa anticorruzione.

SOMMARIO

Profilo Autore	III
Presentazione	IV

Capitolo I

Inquadramento normativo generale

1. Quadro normativo e atti interpretativi dell'ANAC	2
2. Problemi applicativi della Legge n. 190/2012 e debolezza del quadro normativo di riferimento del SSN.....	7
3. Analisi criminologica delle occasioni di "opportunità" e "vulnerabilità" alla corruzione: fattori generali e speciali in sanità.....	9

Capitolo II

Strategie di contrasto alla corruzione all'interno delle strutture sanitarie: Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricerca

1. Soggetti coinvolti a vario titolo nella mission aziendale e indicazioni dell'Autorità nella determinazione n. 12/2015 e nel PNA 2016.....	13
2. L'importanza di adottare un Piano Triennale di prevenzione della corruzione che sia la fotografia dell'Ente.....	19
3. Il superamento delle c.d. aree di rischio obbligatorie e introduzione delle c.d. "aree generali" e "aree specifiche"	35
3.1 Aree specifiche a rischio corruzione.....	37
3.2 La gestione del rischio: mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio in relazione ai Dipartimenti UU.OO.CC. di cui si compone l'ente sanitario.....	41
4. Il problema delle nomine: la dirigenza medica alla luce del D.Lgs. n. 126/2017.....	47
5. Gli acquisti in ambito sanitario	56
5.1 L'e-procurement.....	56
5.2 L'infungibilità di beni e servizi	57
6. Obbligo del dipendente di segnalare eventuali situazioni di illecito alla luce della Legge n. 179/2017: soluzioni pratiche	61
7. La rotazione del personale medico e i suggerimenti contenuti nel PNA 2016.....	64

Capitolo III

I decreti attuativi della legge anticorruzione: problemi applicativi, lacune normative e mancato coordinamento con la normativa di settore

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. 97/2016: tra vecchi e nuovi obblighi di pubblicazione imposti al settore sanitario.....	72
2. I casi di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e di vertice amministrativo alla luce del D.Lgs. n. 39/2013: il nuovo Regolamento di vigilanza dell'ANAC 29 marzo 2017, n. 328	85
3. Il D.P.R. n. 62/2013 e la linea guida per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN del 29 marzo 2017, n. 358.....	100

Capitolo IV

La modulistica di riferimento

1. Bozza Codice di Comportamento.....	109
2. Direttiva sulle cause di inconfiribilità/incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013	123
3. Modulo generico per Dirigenti Amministrativi e Sanitari ex D.Lgs. n. 39/2013	124
4. Modulo specifico per i destinatari della normativa sulle cause di inconfiribilità (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo).....	125
5. Modulo specifico per i destinatari della normativa sulle cause di incompatibilità (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo).....	126
6. Bozza Piano Aziendale Rotazionale di un'azienda ospedaliera.....	127
7. Scheda 1 - Processi a rischio corruzione appartenenti a tutti gli enti del S.S.N.	134
8. Scheda 2 - Mappatura di alcuni processi specifici dell'Azienda Sanitaria Locale.....	143
Dipartimento di prevenzione - Servizi Veterinari.....	143
Aziende ospedaliere - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.).....	151



CAPITOLO I

INQUADRAMENTO NORMATIVO GENERALE

1. Quadro normativo e atti interpretativi dell'ANAC

Un lungo percorso ...

Nel corso degli anni il Servizio Sanitario Nazionale (c.d. SSN) è stato interessato da grandi riforme¹, alcune delle quali, motivate anche dalla necessità di contrastare il c.d. malaffare diffuso; nessuna di queste, tuttavia, ha portato i risultati sperati, se si considera che il riparto delle potestà in ordine alla tutela del diritto alla salute, risulta confuso e l'erogabilità dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, che costituiscono l'oggetto dell'attività del SSN e il contenuto minimo esigibile del diritto alla salute, in termini di prestazioni garantite a tutti i cittadini gratuitamente o in regime di compartecipazione, varia da Regione a Regione.

In particolare, i livelli essenziali di assistenza c.d. LEA, hanno ricevuto una prima definizione con il 29 novembre 2001, che ha articolato tre aree di offerta sanitaria: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; poi quest'ultimo è stato recentemente sostituito dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. - supplemento n. 15.

Le riforme susseguitesì in tale settore, hanno portato alla riorganizzazione del sistema su più livelli di governo: la materia sanitaria, infatti, è definita "*a competenza mista*", governativa per quanto riguarda la gestione della spesa pubblica, regionale rispetto all'organizzazione dell'offerta, aziendale rispetto all'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie Locali.

In particolare, il processo di aziendalizzazione avviato nel 1992, in parallelo alla c.d. privatizzazione del pubblico impiego, subì un'accelerazione in seguito alla riforma Bassanini del 1998 ed al D.Lgs. n. 229/1999, noto come "*decreto Bindi*", con l'integrale regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Con questi provvedimenti, di fatto, è mutata la fisionomia delle Aziende Sanitarie Locali (ex USL), divenute enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale, la cui attività risponde a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto del vincolo di bilancio.

Il SSN, infatti, si snoda in una molteplicità di strutture e sedi presenti su tutto il territorio, ciascuna con una propria organizzazione interna, per cui ad una complessità di carattere strutturale si accompagna una complessità legata ai processi amministrativi e alle scelte di politica – sanitaria operate.

Vero punto di contatto tra la rete sanitaria e i cittadini, le Aziende Sanitarie Locali si presentano come strutture estremamente complesse a causa della enorme varietà e quantità dei servizi offerti, oltre che per il cospicuo numero di utenti, dipendenti e fornitori coinvolti.

La loro organizzazione ed il loro funzionamento è disciplinato con "*atto aziendale di diritto privato*", che individua le strutture operative dotate di autonomia

¹ Legge 23 dicembre 1978 n. 833; D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 52 e D.Lgs. 7 dicembre 1993 n. 517; D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 c.d. "Decreto Bindi".

gestionale o tecnico-professionale e il loro potere di autorganizzazione avviene nel quadro dei principi e dei criteri direttivi enunciati dalla Regione.

Con la riforma del titolo V della Costituzione, gli organi di governo regionale sono stati chiamati a definire la politica sanitaria regionale e, quindi le sorti della sanità pubblica sul proprio territorio, così come il suo livello di integrità, trasparenza ed efficienza, attraverso la selezione dei suoi vertici.

La stessa regolamentazione a livello regionale del servizio sanitario ha contribuito da un lato, ad aumentare i centri di decisionali, a decentralizzare la gestione delle risorse pubbliche, dall'altro, ha creato tra le aziende sanitarie, a seconda della Regione di appartenenza, differenze regolamentari profonde, che sfuggono a qualunque controllo.

Risulta, allora, evidente, come il moltiplicarsi dei centri decisionali e di potere, la presenza di un quadro normativo frammentato in norme di rango costituzionale, regionale, comunale, l'assenza di controlli interni, l'assenza di efficaci politiche di prevenzione hanno di fatto favorito la riduzione della efficienza delle aziende sanitarie locali ed aumentato, al tempo stesso le occasioni in cui si annida il rischio di corruzione.

In alcuni casi, le strutture sanitarie per bilanci e dimensioni organizzative, si prestano ad un tasso di disorganizzazione "*colposa*", perché legata ad una carenza di risorse, capacità, in altri casi, è stata riscontrata una disorganizzazione "*dolosa*", perché, al contrario, connessa ad una scarsa volontà di migliorare il sistema, finalizzata a creare un adeguato contesto in cui l'illecito e, nello specifico, il fenomeno corruttivo possa proliferare.

Maggiore è la disorganizzazione interna, più facile diventa occultare gli atti frutto di negligenza o di accordi collusivi.

Tali considerazioni consentono di affermare con assoluta certezza che la corruzione tende ad attecchire nelle strutture sanitarie in cui, burocrazia, cattiva gestione delle risorse pubbliche e quindi, disorganizzazione, convivono.

Il settore della salute, per le ingenti risorse pubbliche che coinvolge, è inevitabilmente tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione: è un dato di fatto, così come è indiscutibile la necessità che tutto ciò che ruota intorno al nostro sistema sociosanitario debba necessariamente, per i motivi esposti, essere sottoposto a verifiche e controlli oltre che alla massima trasparenza, che deve caratterizzare l'agire quotidiano di tutti coloro che operano in Sanità, indistintamente.

È sulla base di queste valutazioni, in virtù del combinato disposto dell'art. 1 co. 59, Legge n. 190/2012 e dell'art. 1 co. 2, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 che, include tra i destinatari della Legge anticorruzione (Legge n. 190/2012) anche "*le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale*", che l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deciso, negli ultimi anni di aprire dei Tavoli Tecnici con il Ministero della Salute e l'AGENAS, al fine di orientare gli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale nell'attuazione della normativa anticorruzione così tracciare un quadro applicativo uniforme della normativa anticorruzione.

Il risultato di questo approccio dell'ANAC è coinciso con la previsione, in sede di aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2015 (c.d. PNA 2015) con determinazione 28 ottobre 2015, n. 12, di una sezione speciale dedicata alla "sanità", in cui l'Autorità partendo dalle specificità e caratteristiche del SSN, fornisce specifiche indicazioni sulla predisposizione dei piani di prevenzione della corruzione alla luce del contesto ambientale della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

La conferma di tale impostazione si è avuta, poi, con il PNA 2016, in cui l'ANAC si è limitata a precisare la sua intenzione di proseguire il percorso avviato con il PNA 2015 con l'aggiunta di ulteriori misure espressione di possibili soluzioni organizzative per preservare il servizio sanitario nazionale dal rischio di fenomeni di natura corruttiva, ma soprattutto per innalzare il livello globale della sua integrità, competenza e produttività.

In tale contesto va collocato il D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, il primo degli 11 provvedimenti attuativi della c.d. Riforma Madia (Legge n. 124/2015), cui si riconosce il grande merito non solo di aver modificato contemporaneamente la Legge 6 novembre 2012, n. 190 e il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, andando a determinare un'attuazione congiunta degli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, ma anche di aver riscritto funzioni e compiti assegnati ai soggetti impegnati all'interno di ciascun ente nella lotta alla corruzione, insieme alla previsione di un maggiore coinvolgimento dell'organo di indirizzo nella formazione ed attuazione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e, oggi anche della trasparenza, dopo l'abolizione del Programma Triennale sulla trasparenza e l'Integrità.

Dalla lettura, infatti, del novellato art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013 risulta l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e la precisazione in ordine al fatto che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Oggi, infatti, il D.Lgs. n. 97/2016 persegue l'obiettivo di:

- semplificare le attività degli enti, unificando in un solo strumento, il PTPCT, le misure di prevenzione della corruzione e il rispetto delle regole sulla trasparenza;
- agevolare l'attività degli enti stabilendo che le misure di prevenzione della corruzione contenute nei piani devono trovare riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere l'attuazione delle stesse da un'adeguata programmazione e valutazione della performance individuale ed organizzativa.

Al fine di coordinare l'attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione, sempre all'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 si devono una serie di modifiche alla Legge n. 190/2012 rese necessarie dalle novità introdotte dal D.L. n.

90/2014 riguardo alle competenze e funzioni in materia di anticorruzione attribuite all'ANAC, in passato, affidate al Dipartimento della Funzione Pubblica. Oggi, infatti, all'Autorità spetta il compito di predisporre ed approvare il PNA e di qui, l'introduzione a cura dell'art. 41 del decreto in commento del co. 2-bis nell'ambito dell'art. 1 della Legge n. 190/2012, in base al quale:

“il Piano nazionale anticorruzione ha durata triennale ed è aggiornato annualmente. Esso costituisce **atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1 co. 2 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165**, ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione e, **per gli altri soggetti di cui all'art. 2-bis co. 2 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33**, ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. 8 giugno 2001 n. 231”.

Il risultato di queste modifiche è evidente: da un lato, **il riconoscimento al PNA di un ruolo diverso**, e cioè come *atto di indirizzo* non solo per tutti gli enti inclusi nella nozione di pubblica amministrazione di cui all'art. 1 co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001, ma anche di quelli indicati nel nuovo art. 2-bis del D.Lgs. n. 33/2013, in virtù del richiamo contenuto nell'art. 1, comma 2-bis, della Legge n. 190/2012 all'art. 2-bis del D.Lgs. n. 33/2013, dall'altro, **la conferma della sussistenza** di un regime differenziato di applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza, risultante proprio dalla elencazione delle diverse tipologie di enti contenuta nell'art. 2-bis, D.Lgs. n. 33/2013:

- a) le **Pubbliche Amministrazioni** di cui all'art. 1, co. 2, del D.Lgs. n. 165/2001, nozione in cui sono appunto ricomprese le aziende e gli enti del SSN, **sono tenute ad adottare il Piano di prevenzione della corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**;
- b) gli **altri soggetti di cui all'art. 2-bis co. 2** (*enti pubblici economici, ordini professionali, società di controllo pubblico* come definite dall'art. 2, co. 1, lett. m), del D.Lgs. n. 175/2016, *associazioni, fondazioni, enti di diritto privato* comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a 500 mila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno 2 esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio da Pubbliche Amministrazioni e in cui la totalità dei componenti dell'organo d amministrazione o d indirizzo sia designata da Pubbliche Amministrazioni), **sono, invece, tenuti ad adottare misure integrative di prevenzione della corruzione rispetto a quelle adottate nel Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001**. Se riunite in un unico documento con quelle adottate in attuazione del D.Lgs. n. 231/2001, dette misure sono collocate in una sezione apposita. Nell'ipotesi, in cui i soggetti elencati non hanno magari fatto ricorso al modello di organizzazione e gestione ivi previsto, potranno adottare **un Piano triennale di prevenzione della corruzione ai sensi della Legge n. 190/2012**;

- c) infine, i **soggetti** di cui al co. 3 dell'art. 2-*bis*, **esclusi dall'ambito di applicazione delle misure di prevenzione diverse dalla trasparenza**. Vi rientrano le società solo partecipate da Pubbliche Amministrazioni che garantiscono la trasparenza limitatamente alle attività di pubblico interesse svolte e le associazioni o fondazioni private, non partecipate da Pubbliche Amministrazioni, con bilancio superiore a 500 mila euro, affidatarie di funzioni amministrative o erogatrici di servizi pubblici o di produzione di beni o servizi in favore di Pubbliche Amministrazioni.



In riferimento alle aziende per i servizi alla persona, derivanti dalla trasformazione degli ex Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (ex IPAB), occorre distinguere quelle che hanno mantenuto la personalità di diritto pubblico, per le quali non vi è dubbio che si applichi la disciplina sulla trasparenza, da quelle che, invece, abbiano deliberato la propria trasformazione in enti privati. Per quest'ultime, ferma restando la necessaria verifica sulla sussistenza del requisito del bilancio superiore a 500 mila euro, occorre stabilire se esercitano attività di pubblico interesse; di conseguenza, se svolgono attività in regime privatistico, non può ritenersi sussistente l'interesse pubblico, dal momento che rispondono ad interessi rimessi all'autonomia imprenditoriale dei soggetti che la esercitano, se, invece l'attività sanitaria svolta è subordinata a c.d. autorizzazione, perciò inserita in sede di programmazione sanitaria di livello regionale e quindi si tratta solo di attività regolata non troverà applicazione la disciplina sulla trasparenza; al contrario, se l'attività è svolta in regime di accreditamento, ed è quindi affidata a soggetti diversi da quelli pubblici, anche interamente privati, che la svolgono nel quadro della programmazione sanitaria regionale, tali attività sono da considerarsi oggetto di trasparenza (*)

(*) Linea guida ANAC dell'8 novembre 2017, n. 1134, p. 41.

Rispetto al PNA 2013, PNA 2015 e PNA 2016, l'ultimo aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2017 punta, invece, sul monitoraggio e sulla indicazione nei Piani delle modalità di attuazione di tale attività e, quindi di una verifica sull'attuazione delle misure indicate nei Piani di prevenzione e sulla necessità di dar conto delle risultanze dei monitoraggi eventualmente espletati in precedenza, utili, secondo l'Autorità, nella fase di riprogrammazione della strategia di prevenzione².

Per tali motivi, l'**obiettivo del presente contributo** è quello di dare delle indicazioni specifiche in ordine all'attuazione della normativa in esame, laddove, la caratteristica dell'ente di volta in volta preso in considerazione lo richieda, ma di sviluppare, al tempo stesso, una trattazione della materia focalizzando l'attenzione sugli aspetti che accomunano le diverse tipologie di enti, al fine di concentrare l'attenzione sulla uniformità degli adempimenti richiesti dalla Legge n.

² Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208.

190/2012 e ricadenti sulle aziende ed enti citati e sulle misure di prevenzione c.d. obbligatorie, tassative ed uguali per tutti.

2. Problemi applicativi della Legge n. 190/2012 e debolezza del quadro normativo di riferimento del SSN

La Legge n. 190/2012 ha come destinatari tutti i soggetti ricompresi nell'art. 1 co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001 e quindi anche tutte le "aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale".

Tuttavia l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione varia a seconda delle peculiari caratteristiche dell'ente preso in considerazione e delle funzioni svolte come erogatore di prestazioni sanitarie nei confronti di pazienti destinatari finali del Sistema Sanitario Nazionale.

In base a quanto previsto dall'art. 1 co. 59, Legge n. 190/2012, i commi da 1 a 57 trovano diretta attuazione alle aziende ed enti di seguito elencati:

- Le Aziende Sanitarie, locali;
- Le aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (AO - ARNAS);
- Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS);
- Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico, (I.R.C.C.S).



Gli I.I.ZZ.PP. sono enti sanitari di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa gestionale e tecnica. Essi operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo allo Stato e ai Servizi Veterinari Regionali e alle Aziende Sanitarie Locali le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica per lo svolgimento delle funzioni in igiene e sanità pubblica veterinaria.

Nati con configurazioni giuridiche diverse in vari anni del secolo XX, gli IZS sono stati riorganizzati in seguito alla Legge 23 giugno 1970, n. 503 recante *Ordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali*, che ha dato una prima forma unitaria a queste strutture, diventando enti sanitari di diritto pubblico, inseriti nel contesto del Servizio sanitario nazionale, allora non costituito integralmente e sottoposto alla vigilanza del Ministero della sanità, che ne coordinava il funzionamento.

Con tale legge si realizzò nel settore sanitario pubblico, un unico esempio di rete di servizi estesa sull'intero territorio nazionale e formata dalle 10 sedi centrali degli istituti e da varie decine di sezioni sparse in quasi tutto il territorio nazionale, sino a diventare le attuali 90 sezioni diagnostiche presenti in quasi tutte le province italiane.

L'esigenza manifestatasi nel Paese di dare maggior risalto ai poteri delle Regioni spinse il legislatore a trasferire alle stesse, con la Legge 23 dicembre 1975, n. 745, le funzioni amministrative fino allora esercitate dallo Stato sugli Istituti.

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la Legge n. 833/1978, gli IZS sono parte del "sistema salute" della nazione, con compiti in ambito veterinario e alimentare.

Negli anni novanta nell'ambito della riforma del SSN, con la Legge 23 ottobre 1992, n. 421, fu delegato il Governo a riordinare gli IZS, ispirandosi ai criteri della riforma degli altri enti sanitari (si trattava della istituzione delle ASL).

Con il D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270, ci fu il riordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, parallelo al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, relativo all'istituzione delle aziende sanitarie locali. Ogni singola Regione ha poi attuato tale disposizione e oggi il controllo sugli IZS è affidato alle amministrazioni regionali, rimanendo allo Stato solo la vigilanza.

Il riordino degli IZS è stato da ultimo operato con il D.Lgs. 28 giugno 2012, n. 106, recante *Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute*, a norma dell'art. 2 della Legge 4 novembre 2010, n. 183.



Gli **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)** sono, invece, ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza di cui all'art. 13, comma 3, lett. d) del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i., il quale ha disposto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici.

Tale riordino prevede come aspetto prioritario la condivisione tra Ministero della Salute e Regioni, sia della trasformazione degli istituti pubblici in fondazioni, sia della definizione dei loro organi di gestione.

Il decreto stabilisce, inoltre, che gli istituti che non trasformati sono organizzati sulla base di criteri che garantiscano le esigenze di ricerca e la partecipazione a reti nazionali di centri di eccellenza.

Il Ministero della Salute vigila sugli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato, anche perché sono di supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale.

Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento dell'attività di ricerca relativa alle materie riconosciute.

Attualmente, gli Istituti che hanno ottenuto tale riconoscimento scientifico sono in totale 49, di cui 21 pubblici e 28 privati.



Gli **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico** hanno natura giuridica diversa, pubblica o privata.

Gli IRCCS pubblici sono enti pubblici a rilevanza nazionale sottoposti al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute. Al Ministro spetta la nomina del direttore scientifico degli IRCCS pubblici nell'ambito di una terna di candidati selezionata da una apposita commissione. Gli

IRCCS di diritto pubblico, su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazione IRCCS.

Gli IRCCS privati invece hanno una maggiore libertà di azione ed il controllo su di essi viene effettuato soltanto sulla valenza delle ricerche effettuate.

Tale distinguo rileva ai fini dell'applicazione della Legge Anticorruzione e delle regole sulla trasparenza: gli IRCCS di diritto pubblico sono, infatti, destinatari dell'intera normativa e perciò tenuti all'adozione di un PTPCT; invece, gli IRCCS di diritto privato, laddove hanno adottato un modello di organizzazione e gestione ex 231/2001 potranno in esso introdurre una sezione dedicata all'anticorruzione e prevedere misure integrative in materia.

Quest'ultimi dovranno però, in relazione alle *attività di pubblico interesse* svolte, prestare una maggiore attenzione al rispetto delle regole sulla trasparenza.

3. Analisi criminologica delle occasioni di "opportunità" e "vulnerabilità" alla corruzione: fattori generali e speciali in sanità

Alla debolezza del quadro normativo e alla complessità organizzativa declinate vanno aggiunti in termini di considerazione quei fattori che determinano le c.d. "opportunità di corruzione", quali ad esempio, la quantità di denaro pubblico in gioco, la complessità delle organizzazioni che erogano servizi sanitari, la burocrazia farraginosa, un quadro normativo inadeguato, un'**asimmetria informativa**.

Il cittadino, infatti, che deve soddisfare un proprio bisogno sanitario, quasi sempre non possiede informazioni e conoscenze tali da consentirgli di tutelare da solo il "bene salute", per cui si ritrova a dover dipendere dalle indicazioni e suggerimenti forniti dal medico a cui si rivolge.

Emerge, quindi, un divario fisiologico di informazioni e conoscenze, che caratterizzare il rapporto di fiducia tra pazienti, professionisti e gestori di servizi e che diventa, al tempo stesso, per alcuni professionisti del settore, l'occasione per mettere in campo comportamenti scorretti³.

Per comprendere tale assunto, giova considerare che, in alcuni casi, il medico, laddove le sue competenze risultino insufficienti, si trova a dover agire tramite le sue ricette, per conto del paziente che ha in cura, richiedendo ad altri colleghi l'integrazione di analisi, esami diagnostici ecc.; in altri casi, invece riveste i panni di erogatore di prestazioni sanitarie quando prescrive farmaci, finendo per influenzare così, l'offerta sanitaria.

³ In *Manuale teorico-pratico in materia di anticorruzione, trasparenza ed appalti* a cura di Nicola Dimiatri Maria Porcari e Rossana Turturiello, Maggioli, 2017.

Ne consegue che la corruzione risulta facilitata proprio quando l'asimmetria informativa supera il c.d. fisiologico divario di informazioni fino a cadere nel conflitto di interessi.

Il conflitto di interesse è una condizione in cui l'interesse primario (la salute di un paziente, i principi etici e deontologici) è influenzato da un interesse secondario (il guadagno economico o un vantaggio personale); esso non è un comportamento, ma appunto una condizione (è sufficiente che esista un legame in grado di compromettere l'indipendenza del professionista).

Nel mercato delle prestazioni sanitarie i professionisti sanitari (per via delle asimmetrie informative) possono influenzare sia il lato dell'offerta, di cui sono protagonisti, sia quello della domanda, nel quale agiscono in qualità di agenti del paziente: possono così indurre comportamenti sanitari inappropriati e consumi impropri.

Ma la c.d. **asimmetria informativa** non riguarda solo il rapporto SSN e paziente, ma **interessa anche il rapporto tra Sistema Sanitario e le aziende private** che operano nel settore.

Capita, spesso, che quest'ultima sia dovuta ad incompetenza, scarsa esperienza o ignoranza dei funzionari pubblici responsabili della spesa sanitaria, per cui, avendo la PA difficoltà a confrontarsi con le aziende e le innovazioni proposte, di fatto, si autolimita nelle scelte, spesso legate a criteri rivelatisi inadeguati, inutili, ma indirettamente spingono verso accordi collusivi le stesse aziende le quali pur di piazzare il loro prodotto sono disposte ad offrire tutto al funzionario pubblico cui spetta l'ultima parola sulla spesa sanitaria.

Altre volte, invece, e le cronache giudiziarie sono un esempio, sono stati registrati casi in cui l'incompetenza risulta precostituita e i cambiamenti, le innovazioni tecnologiche, la meritocrazia, scavalcati da logiche opportunistiche ben più radicate, responsabili dello sviluppo del fenomeno corruttivo anche in ambito sanitario.

In tale contesto rientra anche il **tema della infungibilità di beni e servizi**, ovvero dell'assenza di alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica, rispetto a farmaci, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie, che possono essere acquistati con procedura negoziata con un produttore determinato senza previa pubblicazione di un bando di gara, bypassando così le procedure di evidenza pubblica.

Il legislatore nazionale ha previsto, infatti, deroghe a tali procedure, dal momento che l'esito di un'eventuale gara risulterebbe scontato, esistendo un unico operatore economico in grado di aggiudicarsela, perché l'unico in grado di garantire il soddisfacimento di un determinato bisogno; pertanto, l'indizione di una procedura ad evidenza pubblica, determinerebbe uno spreco di tempo e di risorse.

Se da un lato, quindi, tale previsione ha una sua logica, dall'altro, l'ANAC ha registrato un frequente ricorso nel settore sanitario a tale procedura derogatoria, intravedendo, in alcuni casi un eccessivo abuso nell'utilizzo di una procedura che ha comunque delle sue regole ben precise.

Un bene o un servizio possono essere infungibili perché a causa di ragioni di tipo tecnico o di privativa industriale, non esistono possibili sostituti degli stessi, oppure, a causa di decisioni passate da parte del contraente che lo vincolano nei comportamenti futuri, o, infine, a seguito di decisione strategiche dell'operatore, (quest'ultimi due fattori sono conosciuti, nella letteratura economica e antitrust con il termine di *lock-in*).

Tale fenomeno solitamente si concretizza o per scelte del cliente, poco propenso a cambiare fornitore in vista di lunghi e costosi processi di apprendimento per arrivare ad utilizzare al meglio il nuovo prodotto o semplicemente per evitare di perdere quanto in precedenza investito, ma può anche dipendere dal comportamento del fornitore, che magari è in possesso di esclusiva su alcuni prodotti, oppure, ha una conoscenza talmente approfondita del cliente e dei suoi, che riesce comunque a tenerlo legato a sé.

Il Sistema Sanitario presenta poi, situazioni di "vulnerabilità" alla corruzione e il riferimento non può che essere alla qualità della *governance*, raramente oggetto di valutazione e raramente affidati a organi esterni alla strutturata valutata, tanto che a volte, controllori e controllati sono collegati da rapporti gerarchici, cui va aggiunta l'esistenza Codici di comportamento, che pur inglobando standard etici, raramente contengono misure efficaci d'indagine o a carattere sanzionatorio dirette a contrastare la corruzione e l'illegalità in genere o a proteggere chi denuncia illeciti; per non parlare della scarsa trasparenza, fino ad un recente passato, sulle attività espletate.

Infine, l'affidamento a privati di porzioni sempre crescenti di sanità pubblica aumenta il rischio corruzione a causa del conflitto di interessi – profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari. Inoltre, la debolezza dei sistemi di controllo e l'elevato potere economico-politico che ruota intorno a tali affidamenti determinano il proliferarsi di dinamiche di natura corruttiva. Se da un lato, il rapporto tra sanità pubblica e sanità privata muta da regione a regione e dovrebbe essere finalizzato a garantire la migliore efficienza nei servizi erogati dai privati con un serrato controllo pubblico, dall'altro, la logica del profitto privato dovrebbe essere bilanciata con un contenimento della spesa e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Di qui, la necessità di introdurre normative che valorizzino l'autonomia dell'azienda dalla politica, non solo in relazioni alla individuazione dei soggetti apicali, attraverso l'individuazione di criteri di selezione rivolti al merito e alle competenze tecnico-professionali, ma anche in relazione alle scelte aziendali.



CAPITOLO II

STRATEGIE DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE
ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE SANITARIE:
AZIENDE SANITARIE LOCALI,
AZIENDE OSPEDALIERE,
ISTITUTI DI RICERCA

1. Soggetti coinvolti a vario titolo nella mission aziendale e indicazioni dell'Autorità nella determinazione n. 12/2015 e nel PNA 2016

Il D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97, il primo degli 11 decreti attuativi della c.d. Riforma Madia (Legge 7 agosto 2016, n. 124), ha apportato alcune rilevanti modifiche alla Legge Severino (Legge 6 novembre 2012, n. 190) e al decreto sulla trasparenza (D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33).

Prima dell'entrata in vigore di questo decreto, la disciplina in materia di anticorruzione e trasparenza era molto incentrata sul ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione, mentre risultava del tutto assente la responsabilità dell'organo politico e sfumata quella dei dirigenti o responsabili di uffici e servizi.

Su tale aspetto ha inciso, infatti, il D.Lgs. n. 97/2016 aumentando il novero dei soggetti coinvolti nella lotta alla corruzione e ripartendo, diversamente, ruoli, compiti e funzioni non solo di colui che ricopre un ruolo cardine nell'attuazione della normativa in commento (il responsabile della prevenzione della corruzione e oggi anche della trasparenza, a seguito della riunione in capo ad un solo soggetto delle due funzioni di vigilanza), ma anche dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dei Dirigenti o delle Posizioni Organizzative, partendo, però in questa riscrittura, dalla individuazione di quelli che sono i compiti specifici dell'organo politico, oggi interessato in prima linea dalla attuazione di questa normativa.

Tutto nasce da una constatazione fatta dall'ANAC già in sede di adozione della determinazione 28 ottobre 2015, n. 12 in ordine al fatto che, ad avviso dell'Autorità, una delle cause della scarsa qualità dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione fosse imputabile alla non chiara configurazione di compiti e responsabilità dei soggetti interni agli enti e quindi, ad una mancata condivisione degli obiettivi di prevenzione della corruzione, insieme ad un ridotto coinvolgimento dell'organo politico.

All'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 si deve, infatti, la previsione esplicita, nell'ambito della descrizione del c.d. *contenuto necessario* del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, della necessità che sia **l'organo di indirizzo politico** e quindi, di regola il Direttore Generale, a fissare *"gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza"*¹, nella logica di una sua effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione, (art. 1 co. 8, Legge n. 190/2012).

Tali obiettivi sono destinati a confluire e a coordinarsi con quelli previsti in altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale e quindi, *in primis*

¹ L'obiettivo strategico deve essere concreto, misurabile ed avere un riflesso all'esterno per il cittadino (esempi: riduzione del 20% del ricorso alle proroghe nelle procedure di gara o implementazione del 15% della informatizzazione dei procedimenti rispetto all'anno precedente).

con il piano *performance*, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Sempre all'organo di indirizzo politico spetta il compito di nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione e di adottare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 31 gennaio di ogni anno.

Nell'obiettivo di programmare e integrare in modo più incisivo e sinergico la materia della trasparenza e dell'anticorruzione l'art. 41 co. 1, lett. f) del D.Lgs. n. 97/2016 ha modificato l'art. 1, co. 7, della Legge n. 190/2012 determinando l'unificazione in capo ad un unico soggetto del ruolo di **Responsabile della prevenzione della corruzione** e oggi anche **della trasparenza, (RPCT)**.

Tale previsione, è opportuno sia coordinata con quanto previsto nel D.Lgs. 33/2013 laddove sembra ancora permanere la possibilità di affidare a un soggetto distinto il ruolo di Responsabile della trasparenza (v. art. 43 D.Lgs. n. 33/2013).

Ad avviso dell'Autorità, considerata la nuova indicazione legislativa sulla concentrazione delle due responsabilità, la possibilità di mantenere distinte le figure di RPCT e di RT va intesa in senso restrittivo: è, tuttavia, possibile, laddove esistano obiettive difficoltà organizzative tali da giustificare la distinta attribuzione dei ruoli, ad esempio, in organizzazioni particolarmente complesse ed estese sul territorio e al solo fine di facilitare l'applicazione effettiva e sostanziale della disciplina sull'anticorruzione e sulla trasparenza, addivenire alla nomina disgiunta.



È necessario che gli Enti e le Aziende sanitarie chiariscano espressamente le motivazioni di questa eventuale scelta nei provvedimenti di nomina del RPC e RT e garantiscano il coordinamento delle attività svolte dai due responsabili, anche attraverso un adeguato supporto organizzativo.

L'art. 1 co. 7 della Legge n. 190/2012 novellato dall'art. 41 co. 1 lett. f), D.Lgs. n. 97/2016, prevede che *"l'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio il responsabile della **prevenzione della corruzione e della trasparenza**"*.

La precisazione fatta dal legislatore implica, da un lato, che la nomina di un dipendente con qualifica non dirigenziale deve essere adeguatamente motivata facendo riferimento alle caratteristiche dimensionali e organizzative dell'ente, dall'altro che la nomina di un dirigente esterno è da considerarsi un'assoluta eccezione.

Resta, quindi, ferma la preferenza per il personale dipendente in grado di assicurare stabilità ai fini dello svolgimento dei compiti.

Considerata la posizione di autonomia del RPCT e il ruolo di garanzia sull'effettività del sistema di prevenzione della corruzione, come ribadito

dall'Autorità nel PNA 2016, non appare coerente con i requisiti di legge la nomina di un dirigente che provenga dagli uffici di diretta collaborazione con l'organo di indirizzo politico laddove esista un vincolo fiduciario.

È, inoltre, necessario che il RPCT abbia adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'ente, sia dotato della necessaria autonomia valutativa; va evitato che sia scelto tra i dirigenti assegnati a uffici che svolgono attività nei settori a rischio corruzione ex art. 1 co. 16, Legge n. 190/2012 (come l'ufficio gare e contratti, l'ufficio risorse umane), come pure, è oggi esclusa, in base a quanto statuito dall'art. 1 co. 7, la possibilità che a ricoprire il ruolo di RPCT sia il dirigente che si occupa dell'ufficio procedimenti disciplinari.

L'intento principale del legislatore è chiaramente quello di rafforzare il ruolo del RPCT prevedendo da un lato, l'attribuzione al RPCT del *potere di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza*, dall'altro stabilendo il *dovere di segnalazione all'Organo di indirizzo politico e all'Organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza*.

In considerazioni dei numerosi compiti attribuiti al RPCT, spetta all'organo di indirizzo disporre eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare lo svolgimento delle sue funzioni in assoluta autonomia ed effettività.

A garanzia dell'espletamento di tali funzioni in condizioni di indipendenza, la durata dell'incarico come RPCT va fissata tenendo conto della non esclusività della funzione, va correlata alla durata dell'incarico dirigenziale sottostante già svolto.

Nell'ipotesi di riorganizzazione o di modifica del precedente incarico, è opportuno che prosegua fino al termine della naturale scadenza del contratto legato al precedente incarico.

Sulla scorta di tali premesse, nel contesto delle organizzazioni sanitarie, l'applicazione della normativa vigente e delle indicazioni già fornite da questa Autorità nel PNA 2015, induce ad escludere, ai fini della scelta e della conseguente nomina del RPCT, i soggetti di seguito elencati:

- direttore generale;
- dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice;
- dirigente responsabile del settore gare e appalti;
- dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari;
- dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato.

Ne deriva che negli enti del servizio sanitario il RPCT deve almeno occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale (U.O.C., U.O.D., Dipartimento/Distretto/Presidio, ecc.) e che la funzione di RPCT è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione, a invarianza di risorse economiche, ed è importante nell'individuazione della persona adatta a ricoprire tale ruolo, tenere conto della

tipologia di struttura organizzativa diretta e del livello di integrabilità/compatibilità delle relative funzioni ed attività con quelle aggiuntive del ruolo di RPCT.

Al riguardo, preme sottolineare come tale assunto diviene, in enti come ad esempio gli Istituti zooprofilattici, di difficile applicazione, dal momento che per dimensioni e articolazione organizzativa interna sono molto diversi dalle aziende sanitarie locali o dalle aziende ospedaliere, pertanto, la rosa delle figure dirigenziali che non svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva e che risultano caratterizzate da un elevato livello di integrazione con altri livelli di responsabilità aziendale risulta assai limitata. Sulla scorta di tali valutazioni, sarebbe stato, forse, opportuno, ricomprendere tra i soggetti abilitati al ruolo di RPCT anche i dirigenti di struttura semplice o di alta professionalità.

Al D.Lgs. n. 97/2016 e sempre nell'ambito delle modifiche apportate all'art. 1 co. 7 della Legge n. 190/2012 si deve anche l'introduzione di una misura a tutela del RPCT per eventuali misure discriminatorie per motivi collegati allo svolgimento delle sue funzioni, che consente oggi di segnalarle all'ANAC, la quale può a sua volta chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nei casi di revoca con il potere di riesame ex art. 15, co. 3, D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

Sono stati ridefiniti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni agli enti o alle aziende, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. All'art. 1, co. 9, lett. c), Legge n. 190/2012, il legislatore ha disposto che *"il PTPCT preveda obblighi informativi nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Piano"*. Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e poi, nella fase di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate². In particolare, l'art. 18 del D.P.R. n. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. È evidente ed imprescindibile un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.

Nelle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016, risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT sulla struttura, oltre al fatto che le responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione a quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Resta immutata, invece, in capo al RPCT la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno all'erario e all'immagine, prevista dall'art. 1 co. 12 della Legge n. 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato all'interno dell'ente. Il RPCT può andare esen-

² Per i motivi esposti, l'atto di nomina del RPCT dovrebbe essere accompagnato da un comunicato con cui si invitano tutti i dirigenti e il personale a prestare la loro collaborazione.

te da responsabilità ove dimostri di aver predisposto un PTPCT con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e l'osservanza dello stesso.

In caso di ripetute violazioni del PTPCT sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.



Per i motivi esposti, si suggerisce al RPCT di pubblicare sempre nella sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/corruzione la nota con cui il RPCT chiede ai dirigenti o responsabili di procedimento la mappatura dei processi (cioè la descrizione breve dei processi/procedimenti o attività a rischio corruzione da inserire nel piano ai fini del suo aggiornamento); la nota con cui richiede a ciascun Dirigente o Direttore di U.O.C. la verifica sull'attuazione delle misure previste nel proprio settore e contemplate nel PTPCT ed una relazione semestrale da lui predisposta sul rispetto della Legge n. 190/2012 e dei suoi decreti attuativi, ma soprattutto sulle azioni concrete intraprese all'interno dell'ente nella lotta alla corruzione (quali ad esempio, l'adozione di una direttiva con cui è prevista l'attuazione della misura relativa al conflitto di interessi tramite l'inserimento in tutte le determinazioni e/o deliberazioni di una clausola di stile sul conflitto di interessi; oppure, l'adozione di una direttiva in materia di inconfiribilità/incompatibilità, che per facilità si allega al presente contributo, etc.), a testimonianza, del monitoraggio effettuato sull'attuazione del Piano.

I dirigenti rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

Altro elemento di novità, che si aggiunge alla unificazione dei ruoli e responsabilità in materia di anticorruzione e trasparenza in capo ad un unico soggetto, è quello della interazione fra RPCT e **gli organismi indipendenti di valutazione**.

Tali organismi o nuclei sono stati introdotti dal D.Lgs. n. 150/2009 con funzioni di valutazione e misurazione della *performance* sia organizzativa che individuale. Le loro funzioni sono state ampliate dall'art. 1 co. 7 e 8-bis della Legge n. 190/2012, all'esito del processo di riforma intervenuto con il D.Lgs. n. 97/2016 e in virtù degli indirizzi formulati dall'ANAC con deliberazione n. 831/2016.

In particolare, a conferma del loro ruolo strategico il riconoscimento della funzione di verificare che "i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza"; oltre alla possibilità di richiedere informazioni al RPCT per operare un effettivo controllo sul rispetto della normativa in esame ed infine, riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Ai dirigenti o responsabili di servizio o settore spetta, poi, il compito di svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, dei *referenti per l'anticorruzione*

e la trasparenza eventualmente nominati e dell'autorità giudiziaria. Partecipano al processo di gestione del rischio indicando al RPCT, tenuto alla stesura del PTPCT i processi da inserire, (corredati di una loro breve descrizione da cui si evinca il rischio di natura corruttiva connesso a ciascun procedimento), la proposizione delle misure di prevenzione da applicare a ciascun processo/procedimento, relazionano al RPCT, almeno una volta l'anno, sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sul rispetto degli obblighi di trasparenza nel proprio settore, assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento.

In ordine a tale ultimo aspetto, un ruolo particolare è riconosciuto all'ufficio di disciplina cui spetta la proposizione dell'aggiornamento del precitato Codice. Accanto a tale compito, rientrando tra i soggetti e gli uffici destinatari della normativa in commento, provvede alle comunicazioni obbligatorie all'Autorità Giudiziaria e svolge i procedimenti disciplinari.



Si consiglia di indicare nel PTPCT i compiti affidati ai Direttori o Dirigenti e il termine esatto entro cui dovranno relazionare al RPCT. Si tratta di un report da cui deve risultare un loro monitoraggio sui seguenti aspetti:

- a) il numero dei procedimenti per quali non siano stati rispettati i tempi del procedimento, con indicazione della motivazione e la percentuale rispetto al numero complessivo dei procedimenti trattati;
- b) attestazioni di insussistenza conflitto di interessi ex art. 6-bis Legge n. 190/2012;
- c) il rispetto degli obblighi di pubblicazione di dati, documenti e informazioni ex D.Lgs. n. 33/2013;
- d) la verifica in ordine all'attuazione di particolari misure previste (come ad esempio, l'allegazione del Patto di Integrità, misura specifica per le gare pubbliche, il cui documento va allegato agli atti di gara);
- e) valutazioni sui processi rientranti e suggerimenti in ordine alla adozione di ulteriori misure di prevenzione.

Al personale dipendente, invece, compete, come per gli altri soggetti indicati, il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione descritte nel PTCT, un dovere di segnalazione di situazioni di personale conflitto di interessi (ex art. 6-bis, Legge n. 241/1990 e artt. 6 e 7 del Codice di comportamento, D.P.R. 8 aprile 2013, n. 62) e di un dovere di segnalazione di illeciti di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

Risulta mutato, infine, anche il ruolo dei collaboratori e di coloro che a vario titolo entrano in contatto con l'ente sanitario, dal momento che quest'ultimi oltre a dover osservare le misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPCT e a rispettare gli obblighi di condotta descritti nel Codice di Comportamento, in virtù della clausola estensiva contenuta all'art. 2 co. 3 del D.P.R. n. 62/2013, potranno, in considerazione di quanto previsto nei **Regolamenti**

ANAC 29 marzo 2017, nn. 328 e 330, segnalare all'Autorità mediante posta elettronica, utilizzando modulo allegato ai Regolamenti, non solo le disfunzioni inerenti l'attuazione della Legge n. 190/2012 e del D.Lgs. n. 33/2013, **ma anche quelle legate al mancato rispetto di un altro importante decreto attuativo della Legge n. 190/2012 e cioè il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, da cui possono scaturire situazioni di inconferibilità e incompatibilità**; segnalazioni rilevanti ai fini dei codici di comportamento; segnalazioni di illegittimo conferimento di incarico successivo alla cessazione del rapporto di lavoro *ai sensi dell'art. 53, co. 16-ter del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165*; segnalazioni concernenti *fatti aventi possibile rilevanza penale*, con particolare riferimento ai reati contro la Pubblica Amministrazione; segnalazioni concernenti fatti aventi possibile rilevanza *amministrativa e contabile*, con particolare riferimento a gravi violazioni di legge.

2. L'importanza di adottare un Piano Triennale di prevenzione della corruzione che sia la fotografia dell'Ente

Con la Legge n. 190/2012 il legislatore ha introdotto un sistema quadro di lotta alla corruzione, non limitato alla previsione di importanti misure repressive di carattere "penale", ma che si caratterizza per l'introduzione di importanti misure di carattere "preventivo" volte ad evitare occasioni e fattori che possono favorire la corruzione.

Lo stesso concetto di corruzione risulta mutato e liberato dalla tradizionale impostazione penalistica, volto oggi a definire un insieme più ampio di fenomeni di c.d. *mala gestio* intesa come "assunzione di scelte o decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Tali considerazioni consentono di cogliere gli aspetti innovativi del nuovo sistema di prevenzione della corruzione fondato su questa accezione di corruzione c.d. amministrativa, tra cui vanno annoverati non solo la previsione "a livello centrale" di strutture con funzioni specifiche (come l'Autorità Nazionale Anticorruzione, il Dipartimento della funzione pubblica ...), in grado di orientare gli enti verso una presa di coscienza di questo nuovo concetto di corruzione, ma anche per l'introduzione di importantissime misure di prevenzione della corruzione tassativamente declinate nella Legge n. 190/2012, esplicitate nei Piani Nazionali Anticorruzione e negli atti interpretativi dell'ANAC.

Di qui, la previsione di un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su 2 livelli:

- 1) **a livello "nazionale"** con l'ANAC, presieduta da Raffaele Cantone che oggi, a differenza del passato, adotta il Piano Nazionale Anticorruzione, vero e proprio atto di indirizzo per tutti le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001, in virtù della modifica apportata dal D.Lgs. n. 97/2016 all'art. 1 della Legge n. 190/2012 con l'introduzione del co. 2-bis;

- 2) **a livello "locale"** con l'imposizione a tutti gli enti destinatari dell'intera normativa (il riferimento è sempre agli enti di cui all'art. 2-bis co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013 e quindi anche agli enti e alle aziende appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale) dell'adozione di un Piano triennale di prevenzione della corruzione, recante la fotografia dell'ente dal punto di vista delle attività espletate, dei rischi di natura corruttiva legati all'espletamento di determinate attività con l'indicazione delle misure di prevenzione messe in atto dall'ente al fine di evitare la loro realizzazione.

Alla luce delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 alla Legge n. 190/2012 e al D.Lgs. n. 33/2013, l'approccio metodologico che deve accompagnare la stesura del Piano triennale di prevenzione della corruzione va completamente rivisto e stravolto in ragione della necessità di dover dar seguito alle novità contenute nel decreto e ai rilievi provenienti dall'Autorità anticorruzione, evidenziati nella determinazione 28 ottobre 2015, n. 12, nel PNA 2016 con delibera 3 agosto 2016, n. 831 e, infine, con delibera 22 novembre 2017, n. 1208.

Il Piano di prevenzione della corruzione assume oggi un valore programmatico ancora più incisivo dovendo necessariamente prevedere *gli obiettivi strategici* per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo politico.

La sua elaborazione presuppone, quindi, il diretto coinvolgimento dell'organo di vertice in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento indefettibile del Piano e dei documenti di programmazione strategico gestionale.

Altro contenuto indefettibile del Piano riguarda la definizione delle misure organizzative per l'effettiva attuazione degli obblighi di trasparenza. Infatti, tra le modifiche più importanti del D.Lgs. n. 33/2013 si registra quella della piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora anche della trasparenza (PTPCT), per cui gli enti sono tenuti entro il 31 gennaio ad adottare un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza che deve chiaramente recare una sezione relativa alla trasparenza. Il novellato art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013 chiarisce che la sezione del PTPCT sulla trasparenza deve essere imposta come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è la fissazione di obiettivi strategici e l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione.



Si suggerisce la predisposizione di una griglia contenente per settore o reparto l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione, trasmissione e pubblicazione dati, documenti ed informazioni, e per ciascuno di essi anche della rispettiva mail, recapito telefonico e PEC.

Tale adempimento si aggiunge alla c.d. contestualizzazione della griglia di cui all'allegato A della delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310, in cui, per ciascun obbligo di pubblicazione, può essere espressamente indicato il nominativo dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività prese in considerazione dal D.Lgs. n. 33/2013.

Sia gli obiettivi strategici in materia di trasparenza (art. 1, co. 8, Legge 190/2012), da pubblicare unitariamente a quelli di prevenzione della corruzione, sia la sezione della trasparenza con l'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni (art. 10, co. 1, D.Lgs. n. 33/2013) costituiscono *contenuto necessario* del PTPCT.

In caso di assenza, l'Ente si espone a sanzione pecuniaria irrogata dall'ANAC ex art. 19 co. 5 del D.L. n. 90/2014.

Sia la predisposizione del PTPCT che delle misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 non può essere affidato a soggetti estranei all'ente come risulta dalla previsione all'art. 2 della Legge n. 190/2012 della c.d. clausola di invarianza della spesa, in base alla quale, l'attuazione della normativa in materia di anticorruzione deve avvenire senza oneri a carico della finanza pubblica.

La fase di predisposizione del PTPCT va letta come una fase che si caratterizza per l'apporto, il contributo di tutti coloro che operano all'interno dell'ente, sia perché si presuppone che chi lavora in un ente abbia una profonda conoscenza della struttura organizzativa, dei processi decisionali, dei profili di rischio di natura corruttiva che caratterizzano ciascun processo, sia per la necessità di individuare misure di prevenzione sempre più adatte alla fisionomia dell'ente.

Tutte queste attività trovano il loro logico presupposto nella partecipazione attiva e nel coinvolgimento di tutti i dirigenti area amministrativa e sanitaria, che ricoprono ruoli di responsabilità all'interno delle varie strutture sanitarie.

Obiettivo della normativa in commento arrivare ad un'appropriata ed effettiva analisi e valutazione del rischio legato a ciascuna attività espletata o processo/procedimento e alla individuazione di misure di prevenzione proporzionate e contestualizzate rispetto alle caratteristiche dell'ente preso in considerazione.



Per tali motivi si consiglia la predisposizione di un PTPCT articolato in 3 parti:

- Una **prima parte c.d. amministrativa**, in cui evidenziare l'*excursus* normativo, gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza fissati dall'organo di indirizzo, la descrizione esplicativa delle misure di prevenzione prevista dalla Legge n. 190/2012 e l'azione concreta che l'ente intende intraprendere, il coordinamento con il piano *performance* e quindi l'indicazione nel PTPCT di misure di prevenzione specifiche perché previste in relazione a determinati processi, destinate a divenire obiettivi operativi nel piano *performance*, (esempio: *la predisposizione di una short list per il conferimento di incarichi legali può essere considerata misura di prevenzione specifica ad esempio del processo "conferimento di incarichi legali all'esterno" di competenza dell'ufficio affari generali e obiettivo operativo riconosciuto nel piano performance in capo al dirigente dell'ufficio affari generali*). Nel PP, infatti, sono inseriti come obiettivi, le attività svolte per l'attuazione del PTPC, sia come *performance* individuale che organizzativa. Tale ultimo aspetto va riletto alla luce del nuovo D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 che ha modificato il quadro generale della *performance* innovando in parte il D.Lgs. n. 150/2009 attraverso una rivisitazione totale della disciplina sulla *performance*. Oggi il nuovo decreto impone la fissazione di "obiettivi generali" e di "obiettivi specifici": quest'ultimi concernono i singoli dirigenti, sono articolati su base triennale in coerenza con gli obiettivi generali. Va sempre garantita una coerenza tra gli obiettivi indicati nel piano *performance* e le somme necessarie per il loro raggiungimento previste in bilancio.
- Una **seconda parte** denominata "**sezione trasparenza**" con un *excursus* della normativa in materia, teso a far emergere le modifiche e novità più rilevanti e i collegamenti con gli atti interpretativi dell'ANAC, la griglia con i nominativi dei responsabili della comunicazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, documenti e informazioni con relativi recapiti telefonici, mail o Pec
- Una **terza parte** dedicata al c.d. **processo di gestione del rischio**, articolata in 3 fasi:
 - mappatura dei processi/procedimenti in essere nell'ente distinti a seconda della loro appartenenza all'area amministrativa o medica,
 - valutazione del rischio o dei rischi di natura corruttiva individuati per ciascun processo descritto in termini di probabilità di verifica e impatto che quel rischio avrebbe sull'ente,
 - trattamento del rischio e quindi introduzione di misure di prevenzione della corruzione.

N.B.

L'**allegato 1** al PNA 2013 forniva indicazioni non vincolanti alle amministrazioni ed enti per una corretta gestione del rischio. Il processo di gestione del rischio risultava articolato in tre fasi di seguito indicate:

- 1) **mappatura dei processi attuati dall'ente**: ricerca e descrizione dei processi/procedimenti al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio corruzione con il coinvolgimento di tutto il personale con funzioni dirigenziali.
- 2) **valutazione del rischio per ciascun processo**: attività complessa suddivisa nella identificazione del rischio o dei rischi di natura corruttiva collegati al processo o attività descritta e nella loro valutazione in termini di probabilità di verifica e loro impatto sull'ente.

II. Strategie di contrasto alla corruzione all'interno delle strutture sanitarie

La probabilità di accadimento di ciascun rischio (= frequenza) viene valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

- discrezionalità;
- rilevanza esterna;
- complessità;
- valore economico;
- frazionabilità.
- efficacia dei controlli

L'impatto, invece, viene valutato sotto il profilo:

- organizzativo;
- economico;
- reputazionale;
- organizzativo, economico e sull'immagine.

La ponderazione del rischio è data dalla moltiplicazione tra il valore numerico attribuito alla probabilità e il valore numerico attribuito all'impatto, compreso tra 0 e 5.

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ	VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO
0 = nessuna probabilità	0 = nessun impatto
1 = improbabile	1 = marginale
2 = poco probabile	2 = minore
3 = probabile	3 = soglia
4 = molto probabile	4 = serio
5 = altamente probabile	5 = superiore

I livelli di rischio sono pertanto 5 e cioè:

VALORE NUMERICO DEL LIVELLO DI RISCHIO	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO CON RELATIVO COLORE ASSOCIATO
0	NULLO
INTERVALLO DA 1 A 5	BASSO
INTERVALLO DA 6 A 10	MEDIO
INTERVALLO DA 11 A 20	ALTO
INTERVALLO DA 21 A 25	ALTISSIMO (CRITICO)

La tabella numerica ovviamente non è fissa ma suscettibile di modifica in ogni momento dovendo l'ente ampliare o restringere, in sede di aggiornamento, il livello di rischio.

- 3) Il trattamento del rischio:** ultima fase finalizzata a intervenire sui rischi emersi, in cui il responsabile della prevenzione con il coinvolgimento dei dirigenti, individua le misure di prevenzione della corruzione e le inserisce nel PTPCT.



Il processo di gestione del rischio non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive, ma implica "valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo".

Si consiglia, pertanto, l'adozione di un'unica griglia in cui inserire tutti i processi attivi nell'ente articolata in: struttura responsabile / processo/ esemplificazione del rischio/ probabilità/ impatto/ livello di rischio/ ponderazione del rischio/ Misure di prevenzione.

A proposito delle misure di prevenzione, occorre fare un distinguo tra quelle c.d. **obbligatorie** e quelle **ulteriori** che ciascun ente, in relazione a situazioni particolari può decidere di adottare.

Al fine di evitare confusioni tra quelli che sono meri adempimenti di legge e **le misure di prevenzione c.d. obbligatorie** si ritiene opportuno soffermarsi su ciascuna di esse, in modo da farne comprendere l'importanza e l'apporto che ciascuna di esse può dare, se applicata correttamente, nella lotta alla corruzione.

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENTIFICATIVO MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6-bis della L. 241/1990	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	M11

M01) LA TRASPARENZA

La trasparenza è considerata una misura importante e trasversale nella lotta alla corruzione.

Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, si consiglia di indicare nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza", i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza. In virtù delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 al D.Lgs. n. 33/2013 ciascun Direttore di U.O.C./Dipartimentale/di Distretto dell'area medico- sanitaria o amministrativa è responsabile delle pubblicazioni per i servizi di propria competenza ed è tenuto ad assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, (art. 14 co. 1-ter, D.Lgs. n. 33/2013). In caso di ritardo o inerzia, il cittadino può ricorrere al Titolare del potere sostitutivo, ovvero la persona individuata all'interno dell'ente, tenuta a rispondere alle istanze di accesso civico c.d. semplice³, quando il RPCT è impossibilitato.

Ogni responsabile è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni per i servizi di propria competenza e deve garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, nel rispetto delle prescrizioni contenute nella delibera ANAC n. 1310/2016.

³ Si parla di "accesso civico semplice", quando il cittadino con la sua istanza sollecita all'amministrazione inadempiente la pubblicazione di un atto oggetto di pubblicazione obbligatoria, (art. 5 co. 1, D.Lgs. n. 33/2013).

M02) IL CODICE DI COMPORTAMENTO

Lo strumento dei codici di comportamento costituisce una misura di prevenzione molto importante al fine di orientare in senso legale ed eticamente corretto lo svolgimento dell'attività amministrativa. L'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, co. 44, della Legge 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile. Dopo il Tavolo di lavoro su "Conflitto di interessi e Codici di comportamento" con AGENAS e Ministero della salute volto ad esaminare il livello di implementazione dei codici di comportamento negli enti del SSN è stata adottata dall'ANAC la determinazione 29 marzo 2017, n. 358 recante "Le linee guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN", che impone una rivisitazione dei vecchi codici di condotta, ma soprattutto un concreto collegamento con il PTPCT, attraverso la previsione in quest'ultimo, di misure attuative del Codice di Comportamento.

M03) INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI E MONITORAGGIO DEI TERMINI PROCEDIMENTALI

L'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità. Tale aspetto assume rilievo anche alla luce del nuovo Regolamento privacy.

L'informatizzazione dei processi oltre che misura di prevenzione, può anche essere considerato "obiettivo strategico" se indicato tra gli obiettivi fissati dall'organo di indirizzo.

Altra misura importante è quella afferente il rispetto dei termini procedurali. Si consiglia di prevedere nel Piano una verifica trimestrale o semestrale su tale aspetto a cura dei direttori/dirigenti da cui si evinca, in particolare:

- a) di aver/non aver rilevato anomalie procedurali uguali o superiore al 10% sul totale dei processi trattati;
- b) il motivo delle eventuali anomalie accertate;
- c) il rispetto nella evasione delle pratiche dell'ordine cronologico di protocollo della istanza da parte dei dipendenti e collaboratori addetti agli uffici da loro diretti.

M04) IL CONFLITTO DI INTERESSI

La Legge n. 190/2012 ha provveduto ad inserire nella legge sul procedimento amministrativo l'art. 6-*bis* con cui è imposto l'obbligo di astensione del procedimento in capo al responsabile del procedimento competente ad adottare il provvedimento finale ed ai titolari degli uffici competenti ad adottare atti endo-procedimentali, in caso di conflitto di interessi anche solo potenziale. Per conflitto di interessi si intende la situazione in cui un interesse secondario personale interferisce o potrebbe interferire con l'interesse pubblico di chi amministra. Alla base della norma vi è il diritto degli amministratori a pretendere la correttezza dei pubblici dipendenti. Il conflitto di interessi non è un evento come la corruzione, ma la situazione in presenza della quale vi è il rischio che interessi primari possano essere compromessi dal contrasto con interessi secondari; situazioni che si verifica quando un dipendente è portatore di interessi della sua sfera privata, che potrebbero influenzare negativamente l'adempimento di doveri istituzionali, situazioni in grado di compromettere anche solo potenzialmente l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del suo potere decisionale. Il riferimento poi alla potenzialità del conflitto di interessi mostra la volontà del legislatore di impedire ab origine il verificarsi di situazioni di interferenza, rendendo assoluto il vincolo dell'astensione a fronte di qualunque posizione che possa pregiudicare il principio di imparzialità. L'art. 6-*bis*, Legge n. 241/1990 stabilisce da un lato l'obbligo di astensione e dall'altro un dovere di segnalazione a carico dei soggetti prima citati. Tale norma va coordinata con gli artt. 6 e 7 D.P.R. n. 62/2013 recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, che contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del conflitto di interessi. Per tali motivi, il monitoraggio sull'attuazione di questa previsione normativa è stato dal legislatore inserito tra le misure di prevenzione della corruzione e vanno previste nel PTPCT azioni concrete, quali ad es., l'inserimento di una clausola di stile in tutte le determinazioni e deliberazioni ricavata dall'art. 6-*bis*, Legge n. 241/1990⁴ e vanno contestualizzate le situazioni descritte dalla norma a seconda che la situazione di conflitto interessa il dipendente o il dirigente.

⁴ Clausola di stile sul conflitto di interessi: "il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6-*bis* della Legge 241/1990 in relazione al citato procedimento, allo stato attuale".

M05) DISCIPLINA SULLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI E INCARICHI AMMINISTRATIVI DI VERTICE DESCRITTE NEL D.LGS. N. 39/2013

La disciplina descritta nel D.Lgs. n. 39/2013 è stata oggetto di una importante delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 833 e di un Regolamento ANAC 29 marzo 2017, n. 328 e per tali motivi richiede una particolare attenzione sia nella fase di applicazione della misura sia nel monitoraggio che il RPCT è tenuto ad effettuare sulle istanze acquisiti all'atto di conferimento dell'incarico o annualmente. Si raccomanda di fissare nel PTPCT dei termini per l'acquisizione annuale delle dichiarazioni da parte dei direttori e dirigenti e di seguire i suggerimenti contenuti nella delibera ANAC n. 833/2016 in caso di acquisizione delle dichiarazioni all'atto del conferimento dell'incarico (si rinvia per la trattazione approfondita della disciplina al capitolo III, paragrafo 2).

M06) SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA- ISTITUZIONALI

La Legge n. 190/2012 ha modificato l'art. 53 T.U. sul pubblico impiego, in cui è stata delineata una disciplina completa ed analitica delle incompatibilità in caso di incarichi, anche occasionali, non ricompresi nei doveri d'ufficio per i quali è previsto un compenso. Ciò in quanto, il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti da uno stesso ente, può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere e quindi un unico centro decisionale, dal momento che la concentrazione di potere aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata a fini privati o impropri, dettati dalla volontà del dirigente. Ne deriva che anche questa norma, introdotta dalla Legge n. 190/2012, va interpretata secondo l'espressa finalità di garantire l'interesse al buon andamento della Pubblica Amministrazione, prevenendo l'insorgenza di "situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

Per tali motivi, tali incarichi sono subordinati ad autorizzazione, perché è rimessa all'ente presso cui lavora il soggetto interessato la valutazione di una serie di aspetti da cui possa scaturire un conflitto di interessi anche solo potenziale.

L'art. 53, co. 3-*bis*, del D.Lgs. n. 165/2001 prevede che "... con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della Legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle Amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2".

Ciascuna azienda o ente sanitario è, pertanto, tenuto ad adottare un'apposita disciplina regolamentare, destinata a determinare i soggetti competenti al rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali, il procedimento da seguire e i criteri, predeterminati, per l'ammissibilità delle istanze. Va segnalato che l'art. 53, co. 7, D.Lgs. n. 165/2001 espressamente ricomprende, tra i propri destinatari, anche gli enti del SSN, vietando il conferimento di incarichi, da parte di enti pubblici economici e di enti privati, in assenza della previa autorizzazione della amministrazione di provenienza.



Si raccomanda al RPCT di adottare una nota da indirizzare al Direttore U.O.C. risorse umane o ufficio personale, in cui si invita quest'ultimo, laddove non risulta ancora adottato un Regolamento ad hoc, ad avviare una verifica, ad esempio, degli incarichi di intra ed *extra moenia*, in modo da far comprendere ai dipendenti le attività da evitare e sensibilizzarli su tale aspetto e notificare il RPCT sugli incarichi conferiti ai dipendenti.

M07) FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, FORMAZIONE DI COMMISSIONI DI AGGIUDICAZIONE ED ULTERIORI MISURE PER I CONTRATTI PUBBLICI

L'art. 35-*bis* del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 prevede che, al fine di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, per tutti coloro che *“sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale”* sia precluso far parte di commissioni di gara.



Si suggerisce come azione concreta da inserire nel Piano la previsione di un obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per:

- a) membri e segretari commissioni di concorso e di aggiudicazione;
- b) titolari di Uffici di direzione dei processi operanti nelle aree di rischio.

M08) IL WHISTLEBLOWING

Con la Legge 29 dicembre 2017, n. 179 il legislatore ha stabilito i contorni della posizione di tutela del segnalatore anonimo attribuendo specifiche competenze al RPCT ed evitando ripercussioni sul dipendente che ha fatto la segnalazione dell'illecito. In considerazione poi, delle pesanti sanzioni previste in capo a colui che ha adottato la misura e in capo al RPCT in caso di mancato svolgimento di un'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si comprende l'importanza che riveste l'attuazione della misura all'interno dell'ente e soprattutto le scelte tese a preservare l'anonimato. La legge consiglia l'uso di modalità informatiche per la presentazione delle segnalazioni e quindi il ricorso a strumenti di crittografia.

Si consiglia, pertanto, in grossi enti, l'acquisto di software al fine di dare attuazione alla nuova normativa.

M09) IL PATTO DI INTEGRITÀ

È una misura di prevenzione specifica per le gare pubbliche. L'art. 1 co. 17 della Legge n. 190/2012 dispone che "le stazioni appaltanti possono inserire negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara".

Trattasi di un documento importantissimo che va allegato agli atti di gara e che il rappresentante legale dell'impresa che entra in contatto con l'ente deve sottoscrivere.

M10) LA FORMAZIONE

La Legge n. 190/2012 prevede che il Responsabile per la prevenzione della corruzione definisca procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. Trattandosi di formazione obbligatoria non rientra nei limiti di spesa previsti dall'art. 6, co. 13, del D.L. n. 78/2010 come confermato dalla giurisprudenza contabile della Corte conti Emilia Romagna – Deliberazione n. 276/2013.

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra il Piano di formazione e il PTPCT: si consiglia, pertanto, l'adozione di un piano triennale di formazione distinto in formazione basilica e avanzata. Alla predisposizione del piano partecipa il RPCT con la collaborazione del Direttore/Dirigente dell'ufficio finanziario.

M11) LA ROTAZIONE DEL PERSONALE

Rappresenta la misura di prevenzione della corruzione più importante, ma spesso di difficile applicazione. Occorre distinguere e contemplare nel PTPCT sia la c.d. rotazione ordinaria che quella straordinaria, legata alla commissione di reati. L'applicazione della misura della rotazione ordinaria, all'interno di un ente non può che avvenire all'esito di un monitoraggio volto alla verifica delle attività svolte da ciascun Dirigente, dei curricula, dal momento che prima dell'attuazione di tale misura occorre valutare se è possibile garantire la continuità dell'azione amministrativa e, soprattutto se sussistono figure fungibili da quelle infungibili. Il tutto è preceduto da un atto di indirizzo dell'organo politico di **natura organizzativa**, che conterrà i criteri e i tempi per l'attuazione della misura della rotazione. Nei casi in cui non sia possibile procedere alla rotazione, come misura alternativa, il PNA 2016 suggerisce la c.d. segregazione delle funzioni. (Si rinvia per una esaustiva trattazione al capitolo II, paragrafo 7).



Si ribadisce l'importanza di effettuare una breve descrizione di ciascuna misura all'interno della prima parte del PTPCT con l'indicazione della azione concreta che l'ente intende intraprendere.

Altro aspetto da non sottovalutare, insieme alla corretta indicazione nel PTPCT delle misure di prevenzione della corruzione per ciascun processo in base al rischio o ai rischi riscontrati, è l'indicazione del soggetto responsabile della loro attuazione. Ciò in quanto, come sottolineato in precedenza, il RPCT incorre in responsabilità dirigenziale e disciplinare in caso di ripetute violazioni del PTPCT e per omesso controllo, ma i dirigenti, ove quest'ultimo dimostri di aver comunicato e vigilato sull'osservanza del Piano, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e quindi possono incorrere in responsabilità dirigenziale ex art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e disciplinare.

Si riportano all'uopo alcuni esempi: **in relazione al Patto di Integrità va indicato il termine di adozione e il soggetto tenuto all'adozione**; per il Codice di comportamento come azione da intraprendere, può essere indicato l'aggiornamento in vista della delibera n. 358/2017 ANAC che invita le strutture sanitarie a rivedere il Codice; sul *whistleblowing*, ciascun ente o azienda è tenuta a prendere posizione a seguito dell'entrata in vigore della Legge 29 dicembre 2017, n. 179 a causa delle pesanti sanzioni previste e della necessità, per gli enti, di dotarsi di un sistema crittografico che deve tutelare il dipendente, per cui un'azione concreta da intraprendere può riguardare l'acquisto di un software ecc., in relazione alla trasparenza, le azioni concrete da intraprendere possono consistere nella attivazione di un registro informatico al fine di monitorare le istanze di accesso, se in precedenza è stato adottato il Regolamento sull'accesso civico

Se si guarda al regime sanzionatorio descritto nella Legge n. 190/2012, ci si rende subito conto che tutto ruota intorno al riconoscimento in capo al RPCT e ai Dirigenti della responsabilità dirigenziale ex art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001; ma se si presta attenzione, siamo di fronte ad una responsabilità che si configura per mancato raggiungimento degli obiettivi indicati nel *piano performance*.

Tale assunto, non fa che confermare il necessario aggancio voluto a monte dal legislatore tra piano anticorruzione e piano *performance* oltre alle ripercussioni in sede di valutazione del dirigente ai fini della retribuzione di risultato.

Al fine di consentire una corretta mappatura delle attività svolte dall'ente si fornisce in allegato una bozza di griglia del rischio recante solo alcuni processi, in modo da orientare l'ente nella c.d. gestione del rischio.

Per l'approvazione del PTPCT è necessario una procedura aperta alla partecipazione di interlocutori interni ed esterni.

All'uopo va pubblicato sul sito istituzionale dell'ente un avviso di consultazione pubblica e la bozza del PTPCT insieme al modulo per fare le osservazioni, che per facilità si allega al presente testo.

Delle osservazioni presentate bisognerà poi tenerne conto in sede di approvazione del documento finale se intervenute prima; se pervenute dopo l'approvazione, se ne dovrà tener conto in sede di aggiornamento del piano.

Dopo l'approvazione il PTPC viene adeguatamente diffuso mediante pubblicazione definitiva nel sito istituzionale dell'Ente (Sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/corruzione e in disposizioni generali/atti generali), inoltrato sulla posta elettronica del dipendente, la cui ricezione ne costituisce implicito motivo di conoscenza.

3. Il superamento delle c.d. aree di rischio obbligatorie e introduzione delle c.d. "aree generali" e "aree specifiche"

Il **principale strumento** individuato nel sistema organico di lotta alla corruzione, a livello nazionale, è il **Piano Nazionale Anticorruzione**.

Il **primo PNA** fu predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dalla Autorità Nazionale Anticorruzione l'11 settembre 2013 con delibera n. 72/2013.

Il PNA è volto ad agevolare la piena attuazione delle misure legali di prevenzione della corruzione disciplinate dalla legge, assicura l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contiene le indicazioni dei contenuti minimi da prevedersi nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, che ciascuna Amministrazione deve adottare entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

A quest'ultimo si deve un'analisi più approfondita delle c.d. **4 macro aree a elevato rischio corruzione** di cui all'art. 1 co. 16, Legge n. 190/2012 sulle quali concentrare le attività di prevenzione:

- Autorizzazione o concessione
- Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera

Al PNA va riconosciuto il merito di aver indicato, in relazione a ciascuna area a rischio corruzione i processi/procedimenti che vi rientrano al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio corruzione), di aver provveduto ad **una valutazione del rischio per ciascun processo** attraverso un'attività complessa com-

posta da una serie di passaggi (*identificazione, analisi e spiegazione del procedimento, ponderazione del rischio*) e di essersi, infine, soffermato, sul c.d. **trattamento del rischio**, ovvero, il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto della corruzione.

Tali misure sono state, in un primo momento, distinte in "*misure obbligatorie*" e "*misure ulteriori*".

Quanto alle prime giova menzionare:

- a) la trasparenza;
- b) Codice di Comportamento;
- c) Il patto di integrità;
- d) il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- e) il monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi;
- f) l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività individuate come maggiormente a rischio;
- g) la disciplina sulle cause di inconfiribilità/incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013;
- h) il divieto di *pantouflage*;
- i) il c.d. *whistleblowing*.

L'attuazione di tutte queste misure, ma prima ancora l'esatta individuazione dei processi rischio richiedeva e richiede ancora l'indispensabile partecipazione attiva e consapevole del personale operante all'interno di un ente pubblico.

Per misure "ulteriori" andavano intese quelle disposte dall'ente in situazioni particolari e sua totale discrezione in quanto collegate esclusivamente ad esigenze interne.

Ad ogni modo, così non è stato, soprattutto nei primi anni dall'entrata in vigore della Legge n. 190/2012 tanto che il presidente dell'ANAC Raffaele Cantone, relazionando in Parlamento sottolineò come la predisposizione dei Piani, veniva avvertita dagli enti pubblici come un mero adempimento burocratico, tanto che in molti casi, i piani altro non erano che l'uno la fotocopia dell'altro e quindi poco rispondenti alle concrete attività svolte dall'ente.

In particolare, **in ambito sanitario**, la valutazione condotta dall'ANAC su un campione di 247 PTPC di ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS, aveva fatto emergere una generale carenza nell'analisi del contesto interno ed esterno, oltre che nella mappatura dei processi e il più delle volte anche la previsione di alcune misure specifiche si era poi, di fatto rivelata inadeguata.

Fu in quella occasione evidenziata la difficoltà degli enti di andare oltre la descrizione nei loro Piani di prevenzione delle 4 aree a rischio corruzione, come se il problema della corruzione fosse circoscritto solo a quelle 4 aree.

Questo stato di cose spinse l'ANAC ad aggiornare il piano, con lo scopo non solo di fornire chiarimenti e integrazioni rispetto ai contenuti del PNA 2013 appro-

vato con la delibera n. 72, ma anche di spingere le amministrazioni pubbliche ad elevare la qualità delle misure anticorruzione, rendendo i PTPC strumenti più efficaci in relazione alle attività svolte. Non a caso, una delle novità contenute nella **determinazione 28 ottobre 2015, n. 12** che ha provveduto all'aggiornamento del PNA è data dall'introduzione del concetto di "**aree generali**" e di "**aree specifiche**" e quindi dal superamento delle c.d. aree obbligatorie, ovvero le 4 macro aree a rischio corruzione, confluite ormai nelle c.d. **aree generali** comuni un po' a tutti gli enti. Rispetto, invece, alle c.d. aree specifiche, nel tentativo di aiutare l'ente pubblico nella predisposizione dei piani e delle griglie sul rischio, ha individuato per ciascuno di essi una serie di attività/processi in cui si annida il rischio corruzione e che caratterizzano l'ente. In particolare, tra le aree di rischio c.d. "**generali**" contestualizzate nell'ambito del settore sanitario, ritroviamo:

- a) i contratti pubblici
- b) incarichi e nomine
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

Sempre nell'ambito sanitario, l'Autorità ha indicato a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di attività peculiari potenzialmente esposte a rischi corruttivi:

- 1) attività di libero professionista e liste d'attesa
- 2) rapporti contrattuali con privati accreditati
- 3) settore farmaceutico
- 4) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Con il PNA 2016, vero atto di indirizzo per gli enti pubblici, l'ANAC ha confermato l'impostazione seguita dall'Autorità con il PNA 2015 e si è limitata a suggerire possibili soluzioni organizzative per preservare il Sistema Sanitario dal rischio di eventi corruttivi.

3.1 Aree specifiche a rischio corruzione

ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

In Italia, la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o, in altri casi esternalizzata. Ci sono però dei rischi concreti legati all'assenza di linee guida in materia, che impongono a ciascuna struttura di affrontare il problema della gestione di questo servizio anche in sede di elaborazione del PTPCT, spiegando le ragioni del ricorso all'interno e all'esterno, prevedendo non solo misure di prevenzione specifiche, quali ad esempio, la rotazione del personale direttamente interessato, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli addetti al servizio, o, in caso di operatori esterni, un monitoraggio sui costi e i tempi di assegnazione del servizio al fine di evitare proroghe vietate, ma anche l'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento.

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI

L'attività libero professionale, specie con riferimento alla problematica relativa al sistema di gestione delle liste d'attesa e alla gestione delle prenotazioni e identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, rappresenta un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio o profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della qualità del servizio. Per tali motivi, tale attività è stata considerata un'ulteriore area di rischio specifica di cui si deve necessariamente dar conto nel PTPCT, attraverso la descrizione di questo processo che include una fase autorizzatoria e quella di effettivo svolgimento dell'attività senza interferenze con l'attività istituzionale. Di qui, la necessità di prevedere misure di contrasto specifiche quali ad esempio, la verifica periodica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, la negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali, l'informatizzazione delle liste d'attesa, la gestione delle agende di tutte le prenotazioni tramite CUP con aggiornamento periodico di quelle istituzionali.

FARMACEUTICA, RICERCA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come le attività di ricerca, di sperimentazione clinica sono ambiti esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi; per tali motivi, giova anche in questo caso, qualora l'ente svolga attività di sperimentazione, descriverne la procedura nel PTPCT e le misure di prevenzione previste, focalizzando l'attenzione su coloro che partecipano alle sperimentazioni cliniche e sui loro comportamenti nell'espletamento di un'attività così delicata.

RAPPORTI CONTRATTUALI CON ENTI PRIVATI

L'ambito dei rapporti tra le Regioni/Aziende sanitarie locali ed erogatori privati di attività sanitarie si configura, nel settore sanitario, tra le aree di "rischio specifiche" su cui si sono soffermate sia la determinazione ANAC n. 12/15 che il PNA 2016.

In entrambi i documenti, infatti, l'ANAC mira a richiamare l'attenzione di Regioni ed aziende su tutte le fasi di un processo che conduce dall'autorizzazione all'accREDITAMENTO.

Il rapporto tra sanità pubblica e sanità privata convenzionata muta da regione a regione e dovrebbe essere finalizzato a garantire la migliore efficienza nei servizi erogati dai privati con un serrato controllo pubblico. La logica del profitto privato dovrebbe essere bilanciata con il contenimento della spesa e con l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il rapporto pubblico-privato dipende sostanzialmente da una scelta politica regionale di ricorrere in misura maggiore o minore alla c.d. sanità privata convenzionata.

Ogni regione, infatti, fissa annualmente, a seconda del fabbisogno delle aziende sanitarie ed ospedaliere presenti sul territorio le quantità di prestazioni necessarie, (distinte per settore) che la struttura privata dovrebbe erogare per conto del SSN e il budget disponibile.

Alla scelta fatta a monte di politica sanitaria, segue il momento dell'accREDITAMENTO e quindi, la stipula del contratto di erogazione dei servizi.

L'accREDITAMENTO consiste in un riconoscimento obbligatorio senza il quale le strutture private non possono erogare prestazioni per conto del SSN e non possono ottenere rimborsi da parte dello Stato per i servizi erogati.

Il settore dell'accREDITAMENTO delle strutture private rappresenta una componente significativa del nostro sistema sanitario, non solo per il peculiare ambito soggettivo, (trattandosi di soggetti che erogano un servizio per conto del SSN), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, di conseguenza, molti interessi di natura economica.

Risulta, allora, evidente come il rapporto pubblico-privato rischia di essere esposto a comportamenti e a procedure che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzate potrebbero determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.

La normativa italiana regola i rapporti con il settore privato che, si snoda in tre fasi principali di seguito riportate: richiesta del c.d. parere di compatibilità, autorizzazione regionale all'erogazione di prestazioni per conto del SSN ed accREDITAMENTO.

La regione, infatti, su richiesta del cittadino che ha presentato domanda, chiede il parere di compatibilità alla azienda sanitaria locale in cui dovrebbe ricadere l'attività della struttura privata; la quale a sua volta, verificato il suo stato di necessità in relazione alla tipologia di prestazioni da erogare, previa verifica dei requisiti tecnico-strutturali, organizzativi e di personale della struttura stessa, rilascia il relativo parere. Sulla scorta del parere di compatibilità, la regione poi rilascia, sempre tramite la ASL, l'autorizzazione all'esercizio, formalizzando così la richiesta del privato.

È questa, senza dubbio, la fase più delicata dell'intero iter che conduce all'accREDITAMENTO, in cui possono concretizzarsi comportamenti rischiosi, quali ad esempio, ritardi o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni o nella realizzazione delle attività di verifica, disomogenea esecuzione delle attività ispettive stesse o alterazione dei verbali di ispezione, composizione opportunistica dei team incaricati di verificare i requisiti tecnico-strutturali dichiarati dal titolare della struttura privata.

In tale contesto lo schema ricorrente adottato è quello del pagamento di danaro o dell'elargizione di beni all'autorità politica o al pubblico funzionario incaricato di verificare e di dichiarare il possesso dei requisiti e le caratteristiche della struttura esaminata. Ipotesi che si concretizza quando la struttura non presenta requisiti per poter operare per conto del SSN ed ottenere l'accREDITAMENTO o la convenzione a scapito di altre strutture. Si richiede, in definitiva, la compiacenza

dei funzionari e degli altri addetti al settore per non rilevare le lacune presenti che porterebbero ad un esito negativo della procedura di verifica.

La regione tramite le AA.SS.LL. poi, stipula la convenzione che ha una durata annuale e la struttura con l'accreditamento ottenuto opera fornendo le sue prestazioni per conto del SSN rientrando in quella che viene definita "*sanità privata convenzionata*".

Ma l'importanza della fase preliminare al rilascio dell'accreditamento si comprende a pieno solo se si considera che un problema recentemente riscontrato, è proprio quello dell'assenza del c.d. *turn over* degli accreditamenti, per cui chi è riuscito ad ottenerlo, soprattutto con i metodi prima descritti, ha sicuramente instaurato un legame con l'ente che difficilmente verrà sciolto, invece, chi non l'ha ottenuto rischia di rimanere a lungo escluso.

Non a caso l'ANAC nella determinazione 28 ottobre 2015, n. 12 ha dedicato una sezione specifica alla problematica dei rapporti contrattuali con i privati accreditati, definendo il settore dell'accreditamento, uno dei settori maggiormente esposti a rischio corruzione per gli interessi di natura economica in gioco, soffermandosi in particolar modo sulla attività ispettiva e sulla fase di esecuzione degli accordi.

A proposito della fase di verifica dei requisiti dichiarati dal titolare della struttura privata, l'ANAC ha suggerito alcune misure per prevenire accordi collusivi, evidenziando la necessità di scandire meglio i tempi dell'intero *iter* procedimentale, di fissare precisi requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, di stabilire la rotazione degli ispettori, di scandire le procedure per l'esecuzione delle attività ispettive partendo dall'adozione di un modello standard di verbale da compilare secondo specifici criteri. Si eviterebbero così irregolarità ed omissioni nell'attività ispettiva e di vigilanza.

Quanto alla fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra aziende e soggetti accreditati, l'ANAC ha rilevato la necessità di rafforzare i controlli qualitativi e quantitativi e l'esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione, di attivare un sistema di monitoraggio per la valutazione delle prestazioni erogate, oltre a dover ciascuna azienda puntare di più sulla formazione e rotazione del personale addetto al controllo.

Le esigenze riscontrate sono, peraltro, legate al fatto che il *budget* destinato annualmente dalla regione per la sanità privata convenzionata non viene ripartito equamente tra le strutture accreditate, ma ripartito in base al c.d. storico, (ovvero alle prestazioni, in termini di numero erogate nel tempo ai cittadini da ciascuna struttura) e alle caratteristiche strutturali e di personale delle strutture in questione.

Ciò consente quindi di comprendere l'importanza dei controlli in tale contesto, dal momento che, qualora una struttura non fosse più in grado di erogare prestazioni per conto del SSN, potrebbe di fatto perdere l'accreditamento. Ecco che allora, un rafforzamento dei controlli in questa fase diviene rilevante, per due motivi: da un lato, si inciderebbe sul connubio sprechi - cattiva sanità, dall'altro,

si consentirebbe a chi è in possesso dei requisiti ed ha le caratteristiche per poter operare in sostituzione del SSN, di ottenere finalmente il tanto sperato accreditamento.

La carenza di concorrenza, che dipende dal mantenere accreditate aziende indipendentemente dalla loro efficacia ed efficienza, aumenta il rischio di corruzione.

Per ridurre tali rischi non resta che definire meglio i rapporti tra sanità pubblica e privata, migliorare i sistemi di accreditamento, ma soprattutto rivedere il meccanismo delle proroghe degli accrediti delle strutture in modo che risultino effettivamente giustificate dal raggiungimento di elevati standard di qualità e di quantità delle prestazioni erogate⁵.



Risulta, allora, evidente che nella predisposizione del PTPCT ciascun ente o azienda sanitaria dovrà partire ed inserire nel suo piano almeno i processi appartenenti alle aree generali e speciali descritti nella determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 (c.d. PNA 2015) e riprese nel PNA 2016.

3.2 La gestione del rischio: mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio in relazione ai Dipartimenti UU.OO.CC. di cui si compone l'ente sanitario

Il rispetto dei principi generali sul c.d. processo di gestione del rischio indicati nei paragrafi precedenti, è funzionale al rafforzamento dell'efficacia dei PTPC e delle misure di prevenzione. Pur in assenza, nel testo della Legge n. 190/2012 di uno specifico e chiaro riferimento alla gestione del rischio, la logica sottesa all'assetto normativo citato, in coerenza con i principali orientamenti internazionali, è improntata alla gestione del rischio. Infatti, secondo quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, art. 1, co. 5, il PTPC «fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio»; pertanto, il PTPC non è «un documento di studio o di indagine ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione».

Quanto alle indicazioni metodologiche, esse, in sintesi, riguardano:

- a) l'analisi del contesto esterno ed interno, da rendere effettiva e da migliorare;

⁵ Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 (PNA 2016).

- b) la mappatura dei processi, che si raccomanda sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione o ente non solamente con riferimento alle c.d. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre aree di rischio;
- c) la valutazione del rischio, in cui è necessario tenere conto delle cause degli eventi rischiosi;
- d) il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili.

Detti principi e indicazioni si rivolgono non solo ai RPC ma anche ai dirigenti e a tutti i soggetti chiamati, a vario titolo, a partecipare attivamente alla predisposizione dei PTPC.

Ne deriva che la gestione del rischio di corruzione:

- a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;
- b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;
- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed ester-

no di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC). Essa non deve riprodurre in modo integrale e acritico i risultati della gestione del rischio operata da altre amministrazioni (ignorando dunque le specificità dell'amministrazione interessata) né gli strumenti operativi, le tecniche e le esemplificazioni proposti dall'Autorità o da altri soggetti (che hanno la funzione di supportare, e non di sostituire, il processo decisionale e di assunzione di responsabilità interna);

- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'**analisi del contesto**, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne. L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

Per l'analisi del **contesto interno** si ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'azienda o dell'ente. L'obiettivo ultimo è che tutta l'attività svolta venga analizzata, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Accanto alle c.d. aree generali riscontrabili in tutti gli enti e che per prime si consiglia di inserire nella c.d. griglia del rischio (di cui si allega una bozza), giova considerare che in alcuni enti e, il settore sanitario è un esempio in tal senso, proprio per le peculiari attività svolte è possibile la individuazione di specifiche aree in cui si annida il rischio corruzione, che si differenziano dalle aree generali la cui presenza è dovuta alle caratteristiche tipologiche dell'ente di volta in volta preso in considerazione.

Sulla scorta di tali considerazioni risulta evidente che al massimo, alcune analogie o similitudini in termini di processi da mappare saranno riscontrabili tra le

aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli Istituti di ricerca e cura a carattere specialistico di diritto pubblico (IRCCS), ma di sicuro, differenze sostanziali emergono da un confronto ed un'analisi dei processi attivi in un'azienda sanitaria locale o in un Istituto Zooprofilattico.

L'azienda ospedaliera si articola in dipartimenti organizzativi, che comprendono a loro volta Unità Operative Complesse (U.O.C.) e Unità Operative Semplici (U.O.S.) e a valenza Dipartimentale (U.O.S.D.).

L'azienda sanitaria locale, invece, si articola in Distretti, Dipartimenti strutturali e quindi previsti per legge (come ad esempio il Dipartimento di salute mentale e il Dipartimento di prevenzione) e organizzativi, U.U.O.O. Semplici, Complesse e Dipartimentali.

Se si mettono a confronto le attività svolte da un'azienda ospedaliera ed una azienda sanitaria locale, ci si rende subito conto che i processi descritti e inseriti nei rispettivi piani sono necessariamente diversi.

Nel primo caso, andranno inserite nella c.d. griglia del rischio articolata in **struttura responsabile/ processo/ esemplificazione del rischio** (breve descrizione dei o del rischio collegato al processo descritto)/ **probabilità di accadimento / impatto/ livello di rischio/ ponderazione del rischio/ misure di prevenzione da introdurre/ responsabile dell'attuazione delle misure di prevenzione**, prima di tutto, i processi rientranti nelle c.d. aree generali e ricompresi nelle diverse UU.OO.CC dell'area amministrativa di cui si compone l'azienda, per poi passare, alla descrizione dei processi rientranti nelle c.d. aree specifiche e quindi appartenenti al settore sanitario, procedendo alla verifica nelle U.O. complesse, semplici e a valenza dipartimentale, delle attività/ processi a rischio corruzione e con individuazione dei soggetti a cui ricondurli. Logicamente, oltre alle aree specifiche declinate nella determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12, occorrerà considerare e, di conseguenza inserire nei piani altre che magari vanno realmente a distinguere un'azienda ospedaliera da un'altra, come ad esempio lo svolgimento di attività di sperimentazioni.

Nell'azienda Sanitaria, invece, già la descrizione dei processi rientranti nei 7 servizi di cui si compone il Dipartimento di prevenzione (3 servizi veterinari, il servizio di igiene degli alimenti e nutrizione c.d. SIAN, igiene e sanità pubblica, servizio epidemiologico e prevenzione, medicina del lavoro), consente di comprendere il complesso lavoro a monte nella stesura di un piano effettivamente corrispondente alle molteplici attività svolte dalla ASL; per non parlare dei distretti che sono strutture territoriali preposte alla intercettazione dei fabbisogni territoriali nonché *front office* preposto alla presa in carico di pazienti sanitari ai fini dell'erogazione di prestazioni specialistiche multidisciplinari e garantiscono l'erogazione dei servizi afferenti al Dipartimento di prevenzione.

Altro discorso, va fatto per gli Istituti Zooprofilattici. L'Istituto Zooprofilattico, come accennato in precedenza, è un Ente Sanitario di Diritto Pubblico dotato di autonomia amministrativa gestionale e tecnica. Esso opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo allo Stato e ai Servizi Veterinari Regionali e

alle Aziende Sanitarie Locali le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica per lo svolgimento delle funzioni in igiene e sanità pubblica veterinaria.

Esso, conformemente a quanto stabilito dalla normativa vigente, provvede in via primaria ai seguenti compiti:

- 1) la ricerca sperimentale sulla eziologia, patogenesi e profilassi delle malattie infettive e diffuse del bestiame;
- 2) il servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- 3) gli accertamenti analitici ed il supporto tecnico-scientifico ed operativo necessari alle azioni di polizia veterinaria e all'attuazione dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione;
- 4) la ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche ed il supporto tecnico-scientifico ed operativo per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali;
- 5) il supporto tecnico-scientifico ed operativo all'azione di farmacovigilanza veterinaria;
- 6) la sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, igiene delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, anche mediante attivazione di centri epidemiologici;
- 7) l'esecuzione degli esami e delle analisi necessari all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale;
- 8) l'esecuzione degli esami e delle analisi necessari all'attività di controllo sull'alimentazione animale;
- 9) lo studio, la sperimentazione di tecnologie e di metodiche necessarie per il controllo sulla salubrità degli alimenti di origine animale e dell'alimentazione animale;
- 10) la formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi, anche presso istituti e laboratori di Paesi esteri;
- 11) l'attuazione di iniziative statali e regionali, anche in collaborazione con l'Università per la formazione e l'aggiornamento e la specializzazione di veterinari ed altri operatori;
- 12) l'effettuazione di ricerche di base e finalizzate, per lo sviluppo delle conoscenze nell'igiene e sanità veterinaria, secondo programmi e anche mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle Regioni e di enti pubblici e privati;
- 13) l'assolvimento di ogni altro compito di interesse veterinario che venga demandato dalle Regioni o dallo Stato, sentite le Regioni interessate; la cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario, anche esteri, previa opportune intese con il Ministero della Sanità;
- 14) l'elaborazione e l'applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;

- 15) la propaganda, la consulenza e l'assistenza agli allevatori per la bonifica zoonosanitaria e per lo sviluppo ed il miglioramento delle produzioni animali;
- 16) opera come strumento tecnico-scientifico delle Regioni nell'ambito dei piani nazionali per la profilassi delle epizootie nonché nell'ambito dei piani di risanamento, miglioramento ed incremento della zootecnia e delle produzioni;
- 17) provvede ad ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dalle Regioni, singolarmente o congiuntamente, compatibilmente con le risorse disponibili.

L'Istituto Zooprofilattico opera nel campo della sanità animale, della sicurezza alimentare, della tutela delle produzioni zootecniche, della prevenzione delle malattie infettive e diffuse degli animali, della prevenzione delle zoonosi, della tutela dell'ambiente e della fauna selvatica con un'offerta di servizi, risorse umane e tecnologie al passo con i più elevati standard di qualità e di innovazione.

Per raggiungere tali finalità l'Istituto Zooprofilattico mette in atto programmi coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione comunitaria, nazionale e regionale. Disciplina la propria organizzazione ed uniforma la propria attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità, appropriatezza, equità e qualità.

L'Ente, nell'ambito dei settori di propria competenza, esegue, a richiesta e a pagamento secondo le tariffe stabilite dall'Istituto Zooprofilattico, prove di laboratorio e consulenze al di fuori e, secondariamente a quanto dovuto, all'Autorità Sanitaria (AA.SS.LL. ed altri Organismi deputati) per l'espletamento delle funzioni di igiene e sanità pubblica veterinaria, al fine di porre a disposizione del territorio l'esperienza, la professionalità, la ricerca e le tecnologie presenti nell'ambito della propria organizzazione.

Si comprende allora, come ai fini di una corretta mappatura dei processi le c.d. aree specifiche non sono meno rilevanti di quelle generali, semmai contribuiscono, insieme ad un'attenta descrizione del contesto interno in cui si trova ad operare l'ente sanitario, alla stesura di una cartina tornasole in grado di rappresentare realmente l'ente.

L'accuratezza e l'eshaustività della mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità dell'analisi complessiva. Dal livello di approfondimento scelto dipende la precisione e, soprattutto, la completezza con la quale è possibile identificare i punti più vulnerabili del processo e, dunque, i rischi di corruzione che insistono sull'amministrazione o sull'ente: una mappatura superficiale può condurre a escludere dall'analisi e trattamento del rischio ambiti di attività che invece sarebbe opportuno includere.

In ogni caso, per la mappatura, è quanto mai importante il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive.

Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Le misure definite "obbligatorie" non hanno una maggiore importanza o efficacia rispetto a quelle "ulteriori". L'efficacia di una misura dipende, infatti, dalla capacità di quest'ultima di incidere sulle cause degli eventi rischiosi ed è, quindi, una valutazione correlata all'analisi del rischio.



Nel capitolo 4 si riporta una bozza di griglia al fine di orientare i diversi enti nel c.d. processo di gestione del rischio.

4. Il problema delle nomine: la dirigenza medica alla luce del D.Lgs. n. 126/2017

La disciplina relativa al conferimento di incarichi dirigenziali negli enti appartenenti al SSN è stata da sempre caratterizzata da marcati tratti di specialità. Non a caso, infatti, occorre distinguere fra l'incarico di direttore generale, la cui nomina è attribuita alla competenza degli organi politici della Regione (normalmente il Presidente, previa deliberazione della Giunta), da tutti gli altri incarichi che, se pure con modalità e procedure diverse, vengono conferiti dal direttore generale dell'ente sanitario.

Al fine di comprendere l'*excursus* normativo in tale settore con riferimento alle nomine di vertice (come direttore generale, sanitario e amministrativo), è indispensabile ricostruire le tappe più importanti di un percorso che oggi, nonostante alcune criticità, può dirsi concluso.

Se si guarda alla disciplina che negli anni '90 ha proceduto a riorganizzare il settore sanitario, si scorge la figura del direttore generale, intesa come l'anello di congiunzione tra il governo della sanità regionale e la gestione aziendale, ricadendo su tale soggetto la realizzazione delle politiche sanitarie e, al tempo stesso l'efficiente funzionamento dell'azienda che lo vedeva a capo. A tale funzione strategica si legava il conferimento di una potestà organizzativa di diritto privato, che il direttore generale utilizzava con ampi margini di autonomia nel disciplinare il funzionamento dell'azienda e la previsione della responsabilità complessiva del direttore in ordine all'andamento aziendale nei confronti della Re-

gione che lo aveva incaricato⁶. La scelta fatta a monte rispondeva ad una precisa esigenza che era quella di individuare un soggetto cui affidare la direzione aziendale con un profilo diverso rispetto a quello che sarebbe emerso seguendo le modalità selettivo concorsuali tipiche del concorso pubblico⁷.

Nella prima versione dell'art. 3, co. 6, del D.Lgs. n. 502/1992, la procedura di nomina prevedeva un previo avviso, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, al quale potevano rispondere, candidandosi, soltanto gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità.

L'elenco venne, tuttavia, soppresso soltanto due anni dopo dal D.L. n. 512/1994. Rimase, invece, l'obbligo di procedere tramite avviso e di scegliere l'incaricando fra coloro che avessero inoltrato domanda.

La scarsa previsione normativa lasciava, tuttavia, adito a dubbi sulle modalità della scelta e, in particolare, sulla natura comparativa o meno del procedimento decisionale.

Intervenire, poi, solo qualche anno dopo, la Legge n. 419/1998 precisando come la scelta non avesse carattere comparativo, ma potesse cadere su chiunque avesse inoltrato domanda e fosse in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 del già citato D.Lgs. n. 512/1994.

Il D.Lgs. n. 299/1999, in attuazione della delega contenuta nella Legge n. 419/1998, appena richiamata, introdusse l'art. 3-bis del D.Lgs. n. 502/1992 che, dopo aver ribadito il carattere non comparativo della selezione, specificò i requisiti dei candidati: diploma di laurea e un'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale.

A partire dal 2001, in concomitanza con il riconoscimento alle Regioni di una più articolata competenza normativa in materia di organizzazione sanitaria grazie all'intervenuta modifica del titolo V e, in particolare, dell'art. 117 della Costituzione, alcune Regioni hanno proceduto a disciplinare la procedura di nomina del direttore generale nelle aziende sanitarie, altre, invece, hanno preferito far prevalere l'aspetto fiduciario della nomina di vertice. In particolare, la c.d. autonomia legislativa è stata di fatto impiegata in maniera diversa se si considera che alcune Regioni hanno previsto a livello regionale la formazione di un elenco di idonei, in altre, la pubblicazione di un avviso pubblico per la presentazione delle candidature ed è stata prevista la nomina di una commissione che effettuasse un primo esame delle domande presentate e verificasse il possesso dei requisiti richiesti da parte degli aspiranti all'incarico, ma non sono mancati casi in cui il legislatore regionale ha operato nel senso di accentuare la dimensione

⁶ A. Pioggia, "Direttore Generale e autonomia dell'Azienda sanitaria: alcuni spunti di riflessione", in *Sanità pubblica e privata*, 2015, p. 28 ss.

⁷ A. Pioggia, "Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie, Un'analisi sul potere decisionale alla luce degli atti aziendali" in *Sanità pubblica e privata*, 2008, p. 5.

fiduciaria della direzione generale delle aziende sanitarie prevedendo l'applicazione del metodo dello *spoils system* alla decadenza dell'incarico.

L'estrema genericità delle indicazioni fornite dalla legge statale, ma anche da quelle regionali, non hanno fatto altro che consentire al vertice politico regionale di individuare il soggetto al quale conferire l'incarico di direttore generale anche indipendentemente dalle sue capacità gestionali e dalla sua elevata qualità manageriale.

Solo nel 2012 con il D.L. n. 158 (convertito con Legge n. 189/2012) e precisamente con l'introduzione del co. 3 nell'ambito dell'art. 3-*bis* del D.Lgs. n. 502/1992, al fine di contrastare questo stato di cose ed evitare una scarsa efficienza delle aziende sanitarie, fu introdotta una nuova e diversa procedura per l'individuazione dei soggetti in grado di ricoprire il ruolo come direttore generale.

Tale disciplina prevedeva la formazione di elenchi regionali di idonei, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla Regione, da una apposita commissione costituita in prevalenza da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

La *ratio legis* era, evidentemente, quella di fare in modo che la scelta del vertice regionale, pur non vincolata da una graduatoria, ricadesse, in ogni caso, su soggetti in possesso di requisiti utili a qualificarli come idonei all'incarico di direzione generale. A questo fine, la procedura di iscrizione nell'elenco si componeva di due passaggi fondamentali: la *verifica dei requisiti per l'accesso alla selezione*, che la legge individuava direttamente, pur rimettendo alla Regione la possibilità di integrarli, e la *selezione ai fini dell'iscrizione nell'elenco*, che la commissione di esperti effettuava alla luce delle "modalità e criteri individuati dalla Regione".

L'aspetto sconcertante legato all'introduzione di questo tipo di procedura era da ascrivere al fatto che le Regioni, non considerarono la procedura appena descritta come effettivamente selettiva, di conseguenza, salvo rari casi, non fu stabilito alcun criterio o modalità di selezione ai fini di iscrizione nell'elenco, al massimo vi fu, talvolta, una mera riproduzione dei requisiti previsti dalla legge, senza nessuna integrazione.

Alla luce della normativa descritta il sistema appariva "debole" e poco svincolato da logiche diverse, legate alla politica regionale, non in grado di garantire una scelta fiduciaria, ma spesso ricadente su soggetti non in possesso di requisiti di elevata managerialità.



L'incarico di direttore generale, invece, per come è stato concepito, ha natura tecnico-professionale, e riguarda l'affidamento di compiti gestionali per il perseguimento di una obbligazione di risultato. Quest'ultima deve naturalmente essere coerente con gli obiettivi definiti in sede di pianificazione sanitaria e specificati con eventuali ulteriori atti di indirizzo. Lo stretto legame fra risultati complessivi di gestione e obiettivi della politica sanitaria regionale giustifica la possibilità di una scelta della persona da incaricare che tenga conto anche di profili e caratteristiche che difficilmente emergono da una selezione concorsuale. Al tempo stesso, però, è evidente come occorra assicurare che la scelta cada comunque su un soggetto dotato di requisiti di elevata qualità manageriale, rilevabili attraverso una procedura di verifica e selezione.

La recente Legge n. 124/2015, recante "deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", conteneva specifiche previsioni in ordine alle procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie.

La novità più rilevante hanno riguardato l'introduzione di un elenco degli idonei alla nomina, unico e nazionale, rispetto ai diversi elenchi regionali del modello previgente e la formazione di un'unica commissione nazionale, che tuttavia la legge aveva previsto, composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle Regioni.

L'individuazione da parte della singola Regione della persona a cui affidare l'incarico di direzione aziendale doveva, in definitiva, avvenire nell'ambito di una rosa di candidati costituita da coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, manifestavano l'interesse all'incarico da ricoprire.

L'elenco unico e nazionale andava certamente nella direzione di rafforzare la posizione dei candidati, sottraendo la procedura selettiva a possibili pressioni da parte della politica regionale e, soprattutto, uniformando le modalità di selezione.

Alla luce della disciplina appena descritta, introdotta dal D.Lgs. n. 171/2016, l'elenco degli idonei alla nomina non aveva più carattere regionale, ma statale, con la sua istituzione presso il Ministero della salute e l'aggiornamento ogni due anni, (ex art. 1, co. 2).

Ai fini della formazione dell'elenco, il decreto ha affidato al Ministro della salute la nomina di una commissione composta da cinque esperti che duravano in carica due anni con possibilità di essere rinominati, presieduta da un magistrato o avvocato dello Stato individuato dal Ministro, con potere di scelta anche di un altro membro, (ex art. 1, co. 4). I restanti componenti sono designati: uno dall'AGENAS e due dalla Conferenza permanente Stato-Regioni.

I requisiti che, in base al decreto in esame, occorreva possedere per candidarsi ad essere inseriti nell'elenco nazionale (art. 1, co. 4) ricalcavano in parte quelli che la disciplina precedente richiedeva ai fini dell'inserimento negli elenchi regionali: il titolo di laurea e per l'esperienza dirigenziale, almeno quinquennale

nel settore sanitario e settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie.

A questi requisiti la nuova normativa ne aveva aggiunti altri due: uno relativo all'età del candidato, che non doveva aver superato i 65 anni, e l'altro concernente le conoscenze acquisite.

Per potersi candidare all'inserimento negli elenchi, infatti, occorreva aver già svolto il corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, che la precedente disciplina richiedeva al direttore già incaricato di seguire entro diciotto mesi dalla nomina.

L'aspetto sicuramente più qualificante della nuova disciplina, oggi purtroppo nuovamente ritoccata dal D.Lgs. 26 luglio 2017, n. 126, riguardava le modalità di formazione dell'elenco degli aspiranti direttori generali, il procedimento selettivo e la funzione della commissione. A questa, infatti, diversamente dal passato, non spettava unicamente il compito di verificare l'effettivo possesso dei requisiti richiesti dalla legge, ma in base all'art. 1, co. 6, doveva procedere ad una vera e propria valutazione dei titoli e dell'esperienza dirigenziale già maturata e assegnare un punteggio alla luce di criteri definiti nell'avviso pubblico, rispetto ai quali già a monte il decreto forniva indicazioni significative.

Ad essere presi in considerazione, come titoli formativi, erano le attività di docenza, le produzioni scientifiche, i diplomi di specializzazione i dottorati i master e le abilitazioni professionali. Con riferimento all'esperienza dirigenziale, invece, la tipologia e dimensione della struttura diretta, la posizione ricoperta, nonché provvedimenti di carattere sanzionatorio.

Alla valutazione di questi aspetti non corrispondeva unicamente l'assegnazione di un punteggio, ma da essa dipendeva l'iscrizione all'elenco, possibile unicamente quando la valutazione ottenuta fosse stata superiore a 75 punti.

Tale profilo rappresentava una delle più rilevanti novità della riforma, dal momento che definiva con chiarezza la differenza fra requisiti di accesso alla procedura ed elementi valutabili ai fini dell'iscrizione, e scioglieva ogni dubbio sulla natura effettivamente selettiva del procedimento di inclusione nell'elenco degli idonei.

Al raggiungimento di questo obiettivo contribuiva anche la fase successiva di individuazione sul piano regionale dei soggetti aspiranti alla nomina (art. 2). A tal proposito, la Regione rendeva noto con apposito avviso pubblico l'intento di assegnare un incarico di direttore generale di azienda o di altro ente del servizio sanitario e nominava una commissione di esperti.

La procedura, alla quale potevano partecipare unicamente gli iscritti nell'elenco nazionale, prevedeva una ulteriore valutazione dei titoli da parte della commissione e un colloquio, ad esito dei quali la commissione proponeva **una terna di candidati**, che rappresentava un significativo progresso nella limitazione della discrezionalità del vertice politico nella scelta del nominando, nell'ambito della quale, infine, la Regione sceglieva il prescelto per l'incarico, motivando le ragioni

della nomina in un provvedimento da pubblicare sul sito della Regione stessa e su quello dell'azienda o ente interessato.

Con il D.Lgs. n. 126/2017 il legislatore è tornato sulle modalità della nomina dei direttori generali modificando alcuni aspetti non secondari della disciplina prevista dal D.Lgs. n. 171/2016.

Nessuna modifica è stata apportata al D.Lgs. n. 171/2016 per quanto concerne, invece, le modalità di conferimento degli incarichi di direttore amministrativo, di direttore sanitario e - se previste dalla legislazione regionale - di direttore dei servizi socio - sanitari.

Per la nomina del direttore generale, è stata mantenuta la struttura bifasica della procedura di selezione, ma con importanti novità.

La prima fase della procedura, volta alla selezione dei candidati da inserire nell'elenco è affidata ad una commissione nazionale composta da 5 esperti.

A seguito della modifica introdotta dall'art. 3 del D.Lgs. n. 126/2017, oggi, la valutazione dei titoli formativi e professionali, la comprovata esperienza dirigenziale e la fissazione dei punteggi cui si dovrà attenere la Commissione non avviene più in base a criteri definiti con decreto del Ministero della Salute ma in base a criteri stabiliti dallo stesso D.Lgs. n. 171/2016, anche se sul punto il correttivo si è sostanzialmente limitato a recepire i criteri già definiti dal Ministero della Salute con proprio decreto, in attuazione dell'art. 1, co. 6, D.Lgs. n. 171/2016⁸. Sul punto, il correttivo si è limitato a recepire i criteri già definiti dal Ministero della Salute con proprio decreto in attuazione dell'art. 1 co. 6, D.Lgs. n. 171/2016, senza quindi introdurre novità di rilievo. Di sicuro, la scelta di cristallizzare il contenuto del D.M.⁹ nel corpo della legge rende più complesso ogni possibile successivo intento modificatorio.

Al di là delle specifiche ripartizioni dei punteggi, si prevede poi che il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato sia di 100 punti e che non possano essere inseriti nell'elenco nazionale candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo inferiore a 70 punti.

⁸ Unica modifica quella relativa alla previsione secondo cui la valutazione dell'esperienza e dei titoli e l'assegnazione dei punteggi sarebbe dovuta avvenire in modo paritario, adesso, infatti, è stabilito che per la valutazione dell'esperienza dirigenziale, la Commissione possa dare un punteggio massimo di 60 punti e per la valutazione dei titoli un punteggio massimo di 40.

⁹ D.M. 17 ottobre 2016 "Determinazione dei parametri per la valutazione degli idonei all'incarico di Direttore Generale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale", pubblicato in G.U. 28 ottobre 2016 n. 253.



Il D.Lgs. n. 126/2017 ha modificato così il co. 7 dell'art. 1, D.Lgs. n. 171/2016 abbassando da 75 a 70 la soglia del punteggio minimo per l'iscrizione all'elenco nazionale, al chiaro fine di ampliare il numero dei candidati che potranno comporre le liste nazionali, ma l'aspetto più interessante si coglie laddove il correttivo esclude che nell'elenco nazionale possa essere data indicazione del punteggio conseguito dai candidati al termine della selezione e stabilisce che l'elenco dei candidati sarà, infatti, pubblicato secondo un rigoroso ordine alfabetico.

Altra modifica rilevante riguarda la nomina della commissione regionale di competenza del Presidente della Regione secondo criteri e modalità definiti dalle Regioni.

La mancata indicazione del punteggio raggiunto da ciascun candidato e l'inserimento in elenco in ordine alfabetico, impedisce di fatto una valutazione trasparente delle scelte operate dalla commissione regionale nella individuazione della rosa di candidati.

Risulta però pienamente accolta la proposta avanzata dalle Regioni, in seno alla Conferenza unificata Stato-Regioni, già in sede di stesura del D.Lgs. n. 171/2011 che avevano suggerito di emendare l'art. 1, co. 7, in modo da prevedere "l'assegnazione del punteggio esclusivamente ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale".

Risulta, inoltre, evidente come se in base alla nuova normativa, l'atto di idoneazione non è più espressione dell'esito di un giudizio tecnico ancorato a parametri fissi predefiniti dal legislatore, la posizione degli aspiranti idonei non può che essere qualificata in termini di interesse legittimo con conseguente giurisdizione del giudice amministrativo.

Ne deriva che l'atto di nomina sarà sindacabile esclusivamente in sede di giurisdizione generale di legittimità da parte del giudice amministrativo, dal momento che, in presenza di un procedimento amministrativo di carattere autoritativo, preordinato per espressa previsione di legge ad una selezione di tipo non concorsuale mediante un atto discrezionale definito di alta amministrazione, all'aspirante non è consentito vantare una situazione di diritto soggettivo rispetto alla scelta finale, ma solo situazioni di interesse legittimo, essendo messa in discussione solo la correttezza dell'azione amministrativa.

Il decreto correttivo ha, altresì, eliminato il limite numerico previsto dal D.Lgs. n. 171/2017- non inferiore a tre e non superiore a cinque - nella composizione della rosa dei candidati da proporre al Presidente della Regione entro cui scegliere il vincitore.

Sempre per innovazione del D.Lgs. n. 126/2017, si prevede che alla scadenza dell'incarico le Regioni procedano alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure previste dall'art. 2.

Qualora la nuova nomina si renda necessaria per la ricorrenza di un'ipotesi di decadenza o di mancata conferma, questa potrà essere effettuata dal Presidente della Giunta " anche mediante utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa di candidati" purché non siano riferiti ad una selezione svolta in data antecedente agli ultimi 3 anni e purché risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale.

Se da un lato, l'intervento del legislatore può essere letto come volto a riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e gli organi apicali delle aziende al fine di slegare la nomina dei direttori generali dalla c.d. " fiducia politica" per agganciarla ad una valutazione di tipo tecnico professionale finalizzata alla selezione delle professionalità maggiormente competenti ed adeguate a ricoprire l'incarico, dall'altro, non si può fare a meno di osservare come, di fatto, tutte queste modifiche apportate dal D.Lgs. n. 126/2017 al D.Lgs. n. 171/2016 vanno nella direzione di una maggiore valorizzazione dell'autonomia regionale e, sembrano auspicare il un ritorno a quelle logiche politiche particolaristiche che la riforma, per come era stata pensata all'inizio (con il D.Lgs. n. 171/2016) mirava a debellare.

Ad affiancare il direttore generale nella gestione dell'azienda sono previste le due figure del direttore amministrativo e di quello sanitario.

Il D.Lgs. n. 502/1992 prevede che questi "coadiuvino" il vertice aziendale nell'esercizio delle proprie funzioni. Ad essi è riconosciuto espressamente un ruolo propositivo e consultivo nei confronti delle decisioni della direzione generale.

Una stretta collaborazione che giustifica la scelta di rimettere all'atto aziendale la decisione sull'articolazione di buona parte delle loro competenze.

L'incarico di direttore sanitario è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, abbiano svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale a seguito della frequenza e superamento dei corsi disciplinati dal D.P.R. n. 484/1997.

L'incarico di direttore amministrativo può essere invece affidato a laureati in discipline giuridiche o economiche che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

L'art. 3-*bis* del D.Lgs. n. 502/1992 prevede che la Regione possa stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario, alla frequenza di un corso di formazione manageriale.

Nulla era disposto, sino ad ora, in ordine alle modalità procedurali per l'individuazione degli incaricandi e per l'affidamento dell'incarico. L'unica indicazione riguardava l'accertamento del possesso dei requisiti necessari alla nomina

a direttore sanitario, che il regolamento adottato con D.P.R. n. 484/1997, si limitava a rimettere al direttore generale dell'azienda sanitaria prima del conferimento dell'incarico.

Appariva necessario, quindi, un ripensamento della disciplina al fine di garantire insieme al mantenimento di un margine decisionale sufficientemente ampio, che consenta al direttore generale di scegliere di affiancare a sé nel governo aziendale professionisti il cui profilo appaia coerente con lo stile manageriale che intende imprimere alla gestione dell'azienda, la garanzia che la scelta cada su persone altamente qualificate, dotate di tutti i requisiti di idoneità all'assunzione dei compiti propri del ruolo da ricoprire. Ciò dovrebbe poter assicurare anche un effettivo esercizio del potere di scelta da parte del direttore generale, senza indebite pressioni della politica.

In questa prospettiva si è mossa la Legge n. 124/2015, che all'art. 11, co. 1, lett. p), ha delegato il Governo a prevedere una disciplina che contempli la costituzione di elenchi regionali di aspiranti agli incarichi di direttore amministrativo, sanitario e, laddove previsto, di direttore dei servizi socio-sanitari.

Il D.Lgs. n. 171/2016, in esecuzione della delega conferita anche su questo aspetto dall'art. 11, co. 1, lett. p), Legge n. 124/2015, ha operato un ripensamento della disciplina con l'obiettivo di garantire, insieme al mantenimento di un margine decisionale sufficientemente ampio, che consenta al direttore generale di scegliere chi affiancare a sé nel governo aziendale, la garanzia che la scelta cada su persone altamente qualificate, dotate di tutti i requisiti di idoneità all'assunzione dei compiti propri del ruolo da ricoprire. Ciò dovrebbe poter assicurare anche un effettivo esercizio del potere di scelta da parte del direttore generale, senza indebite pressioni della politica.

In questa prospettiva il decreto, all'art. 4, prevede per tutte le Regioni la costituzione di elenchi di aspiranti agli incarichi di direttore amministrativo e sanitario e, ove previsto, di direttore dei servizi socio-sanitari, disponendo che l'iscrizione ad essi sia subordinata ad una selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, effettuata da una commissione di esperti nominata dalla Regione interessata.

Entrambi questi aspetti indicano che l'intento della disciplina è quello di favorire una effettiva valutazione dei candidati, in modo da selezionare i più idonei.

La normativa non specifica, tuttavia, se sia prevista o meno l'attribuzione di un punteggio. Tenuto conto della diversa esplicita previsione a proposito dell'elenco degli aspiranti direttori generali, sembra doversi ritenere che, nel caso di queste altre figure, nell'elenco sia indicata solo l'idoneità a ricoprire l'incarico.

Al fine di assicurare l'uniformità di valutazione delle diverse commissioni costituite in sede regionale, e con l'obiettivo di rendere i diversi elenchi tutti ugualmente utilizzabili dal direttore generale nella scelta dei propri collaboratori, il decreto prevede che i criteri di valutazione a cui si ispireranno le commissioni siano definiti con accordo in Conferenza permanente Stato-Regioni.

Il decreto interviene anche sulla durata degli incarichi che, analogamente a quanto previsto per i direttori generali, non deve essere inferiore a tre anni e superiore a cinque.

Infine, così come per il direttore generale, anche gli incarichi di direttore sanitario, amministrativo e, ove previsto, dei servizi socio sanitari, sono soggetti a decadenza immediata in caso di manifesta violazione di leggi, regolamenti e dei principi di imparzialità e buon andamento.

5. Gli acquisti in ambito sanitario

5.1 L'e-procurement

Nell'ultimo decennio gli enti pubblici sono stati interessati da importanti processi di modernizzazione. Ruolo centrale è sicuramente ricoperto dalla trasformazione dell'intero processo di gestione di attività pubbliche complesse, come quelle del *public procurement*.

L'importanza strategica del *public procurement* si evince chiaramente a partire dagli anni '90 anche in Italia, dove il Governo ha lanciato un programma per ridurre la spesa pubblica relativa all'acquisto di beni e servizi. Componente chiave è stata la creazione della Consip s.p.a., chiamata ad assumere il ruolo di centrale unica per gli acquisti della Pubblica Amministrazione attraverso la stipula di convenzioni quadro.

Tale fenomeno si è nel tempo esteso in quanto sono proliferate centrali di committenza anche a livello regionale o di area vasta.

L'obiettivo a monte era certamente:

- la semplificazione della gestione degli approvvigionamenti, affidati a centrali di committenze "qualificate", con risparmi di processo;
- la certezza della spesa e ciò consente all'ente di programmare meglio le proprie risorse;
- un risparmio sui prezzi unitari;
- uno stimolo per il fornitore.

Il processo di razionalizzazione degli acquisti, avviato con l'istituzione della Consip s.p.a nel 1999, ha trovato nuova linfa con l'approvazione del D.L. n. 66/2014 che ha imposto alle amministrazioni statali centrali e periferiche, nonché alle Regioni, enti del Servizio Sanitario Nazionale, di ricorrere, oltre che alla Consip anche ad altro soggetto aggregatore per le procedure d'acquisto di determinate categorie di beni e servizi, al superamento di talune soglie di importo, normativamente predeterminate.

Si è affermata così la figura del **soggetto aggregatore** che per abbracciando la più nota figura della centrale di committenza, non si esaurisce in essa, ma la ricomprende, nell'ambito di un *genus* di soggetti che il legislatore ha posto al servizio degli obiettivi di razionalizzazione degli acquisti pubblici e di miglior contemperamento tra efficienza della spesa e qualità del bene o servizio acquistato.

Appartengono, pertanto, alla categoria dei soggetti aggregatori: la Consip, le centrali di committenza regionali e tutti i soggetti che svolgono attività di centrale di committenza qualificata ed abilitata.

A tali soggetti, quindi, è affidato il compito di approvvigionare gli enti citati dei beni e servizi. Preliminare all'espletamento di tale attività, l'iscrizione nell'elenco dei soggetti aggregatori gestito dall'ANAC, a sua volta subordinata al possesso di determinati requisiti in capo al richiedente.

L'esigenza di razionalizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi e insieme di *spending review*, ha subito un nuovo impulso con l'approvazione della Legge di Stabilità 2016, con cui si è inteso rafforzare il modello organizzativo di aggregazione della spesa e centralizzazione degli acquisti.

La legge ha inteso rafforzare il ricorso alle convenzioni attraverso differenti modalità, come, in particolare, la limitazione delle deroghe all'obbligo di approvvigionarsi tramite le convenzioni, disapplicate per il triennio 2017-2019.

Anche il processo di razionalizzazione degli acquisti nel settore sanitario ha subito importanti evoluzioni con l'approvazione della Legge di Stabilità 2016. Quest'ultima, infatti, ha stabilito l'obbligo per gli enti del SSN, al fine di garantire la effettiva realizzazione degli acquisti di beni e servizi, di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip s.p.a.

Il modello di aggregazione della spesa per come è stato pensato dal legislatore, appare rispondere alle logiche di trasparenza delle procedure e quindi ad una minimizzazione del rischio corruzione, di riduzione dei costi di transazione dal lato della domanda e dal lato dell'offerta.

Di sicuro, però, la sfida di oggi è quella di governare i processi di centralizzazione orientandoli verso la ricerca della qualità del bene/servizio oggetto di approvvigionamento.

5.2 L'infungibilità di beni e servizi

Il settore degli acquisti in sanità si presenta al quanto delicato se si considera il numero dei soggetti coinvolti nelle procedure di approvvigionamento e i numerosi interessi ad essi sottesi. Il più delle volte, infatti, coloro che propongono l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i beni acquistati. I prodotti sanitari poi, presentano un elevato contenuto tecnico, motivo per il quale il loro acquisto da parte del committente pubblico deve necessariamente essere ispirato a logiche di tutela del bene salute, piuttosto che essere legato a tornaconti personali.

I fattori che caratterizzano il sistema degli acquisti in ambito sanitario sono:

- La varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in relazione anche alla dinamica introduzione di nuove tecnologie;

- La varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento (clinici, direzione sanitari).

Si comprende, allora, l'importanza e la necessità di affrontare in tale contesto le situazioni conflitto di interesse che possono verificarsi anche alla luce del D.Lgs. n. 50/2016 che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all'indipendenza del personale di un'azienda sanitaria o ospedaliera. Le situazioni che possono generare conflitti di interesse dovrebbero essere gestite dalle aziende sanitarie in modo che i contatti tra mondo professionale ed operatori economici possano avvenire all'interno di un quadro regolamentato in termini di procedure definite a livello aziendale.

Per tali motivi, è necessario che nei PTPC il tema dei contratti e delle procedure di approvvigionamento venga affrontato a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza. In questa logica, i soggetti coinvolti dovranno documentare con riguardo a tutte le fasi dell'intero ciclo di acquisto, dalla definizione del fabbisogno, alla programmazione dell'acquisto, alle modalità di reperimento di beni e servizi sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Una corretta pianificazione degli acquisti supportata dal parere dei clinici, personale infermieristico, consente una definizione precisa del fabbisogno e evita, da un lato, sprechi di risorse, dall'altro procedure in deroga ricollegabili ad una inadeguata programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare.

Altro fattore da considerare per una corretta pianificazione degli acquisti è la valutazione della **fungibilità o infungibilità del prodotto**, aspetto che incide sulla possibilità o meno di ricorrere a procedure di acquisto in deroga alle ordinarie.

Il tema dell'infungibilità di beni e servizi, ovvero dell'assenza di alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica, rispetto a farmaci, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie, che possono essere acquistate con procedura negoziata bypassando così la procedura ad evidenza pubblica, è molto caldo e merita approfondimento soprattutto nel settore sanitario.

Il legislatore nazionale ha previsto deroghe a tali procedure, dal momento che l'esito dell'eventuale gara risulterebbe scontato esistendo un unico operatore economico in grado di aggiudicarsela, perché l'unico in grado di garantire il soddisfacimento di un determinato bisogno, pertanto, l'indizione di una procedura ordinaria comporterebbe solo uno spreco di tempo e di risorse. Se da un lato, quindi, tale previsione ha una sua logica, dall'altro, l'ANAC ha registrato un frequente ricorso nel settore sanitaria a tale procedura derogatoria, intravedendo, in alcuni casi un eccessivo abuso nell'utilizzo di una procedura che ha comunque le sue regole.

In particolare, l'analisi condotta dall'ANAC ha fatto emergere, da un lato, il ricorso frequente a procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando giustificato per presunta unicità del fornitore, avvalorata dalle descrizioni fornite da

quest'ultimo sul suo prodotto o da indagini di mercato, dall'altro, l'elevato rischio di corruzione riscontrabile in simili procedure, considerato che gli illeciti sono compiuti proprio nella fase di predisposizione dei requisiti dei beni o servizi che l'azienda sanitaria oppure ospedaliera intende acquistare, al solo scopo di aggirare le regole della concorrenza ed avvantaggiare un determinato operatore economico.

L'ANAC in attuazione dell'art. 213 co. 2 ha redatto **linee guida non vincolanti**¹⁰, al fine di fornire indicazioni puntuali sulle cause dell'infungibilità, le modalità da seguire per accertare l'effettiva infungibilità di un bene o di un servizio; gli accorgimenti da seguire per evitare di trovarsi in situazioni in cui le decisioni di acquisto in un certo momento vincolino le decisioni future (fenomeno c.d. di *lock-in*); le condizioni che devono verificarsi affinché si possa ricorrere legittimamente alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando di gara in caso di infungibilità.

L'analisi delle cause per cui un bene può essere ritenuto infungibile ha mostrato che esistono numerose situazioni che possono portare una stazione appaltante a ritenere fungibile un bene o un servizio, confermando da un lato la possibilità di derogare alla regola dell'evidenza pubblica, ma dall'altro, sottolineando come il sacrificio del processo concorrenziale debba essere giustificato e compensato dai guadagni di efficienza o, in generale dai benefici in termini di qualità ed economicità del bene.

Ne consegue, allora, che la valutazione del caso concreto debba avvenire alla luce della normativa nazionale o comunitaria del settore di riferimento, delle caratteristiche dei mercati potenzialmente interessati, pertanto, solo quando a seguito di tutte queste valutazioni risulti impossibile rivolgersi a più fornitori, la stazione appaltante, fermo restando l'obbligo di spiegare le ragioni della scelta, potrà ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando; in caso contrario ciò non sarà possibile.

Al fine di una corretta gestione degli affidamenti pubblici e di prevenire l'insorgere di **forme di lock-in** (che vedono l'Ente vincolato, nonostante la scadenza di contratti, a future scelte di acquisto) o di **infungibilità di prodotti**, le Amministrazioni sono tenute a compiere un'attenta programmazione dei propri fabbisogni sulla base di un'analisi dei processi interni e degli obiettivi da perseguire, in modo da identificare la soluzione preferibile, la sua fattibilità tecnica, economica, benefici attesi, rischi e vincoli tecnologici, temporali e normativi.

Nella fase di progettazione e predisposizione dei documenti di gara, le amministrazioni dovranno considerare anche quelli futuri, prevedibili, legati a elementi, quali gli acquisti di materiali di consumo e di parti di ricambio nonché i costi per cambio di fornitore.

¹⁰ Determinazione ANAC del 13 settembre 2017, n. 950 - "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi infungibili".

Per una corretta progettazione e per un'efficiente predisposizione dei bandi di gara, nelle situazioni in cui la stazione appaltante ritiene che un certo fabbisogno possa essere soddisfatto solo mediante l'acquisto di beni o servizi infungibili, è necessario che la stessa acquisisca tutte le informazioni disponibili. Sarebbe, pertanto, opportuno rivolgersi al mercato, attraverso adeguate "**consultazioni preliminari di mercato**" come previsto dall'art. 66 del nuovo Codice. In tal caso, sarà opportuno pubblicare un **avviso** per 15 giorni sul sito istituzionale, in cui andranno indicati i fabbisogni della stazione appaltante, i costi attesi, oltre alla volontà di procedere all'acquisto mediante procedura negoziata senza pubblicazione del bando.

I risultati delle soluzioni individuate a seguito di consultazioni preliminari saranno riportati nella delibera o determina a contrarre.

Per superare il rischio di *lock-in*, inoltre, sarebbe opportuno focalizzare l'attenzione sulla documentazione di gara, evitando riferimenti a marchi ed elementi tecnici con privativa, verificare le cause che ostacolano il cambio fornitore, in un arco temporale che comprende il ciclo di vita del prodotto, con un'analisi dei rischi associati alle scelte.

Un'altra soluzione suggerita dall'Autorità potrebbe essere prevedere che un singolo affidamento possa essere assegnato a 2 o più fornitori, in modo che la stazione appaltante abbia un certo potere contrattuale nei successivi affidamenti, dal momento che sussistono più imprese con le medesime conoscenze, consapevoli delle necessità dell'amministrazione o la previsione di clausole di riscatto, tramite le quali, la PA a conclusione del contratto possa acquisire la proprietà dell'infrastruttura in caso di c.d. *outsourcing*.

In merito alla corretta applicazione della linea guida n. 8/2017, l'Autorità ha evidenziato in un **comunicato del 28 marzo 2018**¹¹ che l'infungibilità in ordine all'acquisto di dispositivi o prodotti medicali, che legittima l'adozione della procedura negoziata senza bando ex art. 63 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50) in deroga al principio generale dell'evidenza pubblica, è consentita laddove, per ragioni tecniche, di privativa industriale o di altra natura, non siano rinvenibili, sul mercato attuale, prodotti in grado di realizzare la funzione specifica attesa.

Tale valutazione rientra nella responsabilità della stazione appaltante, la quale, in sede di pianificazione di cui all'art. 21 del Codice dei Contratti pubblici, è tenuta ad effettuare un'attenta e congrua verifica del fabbisogno e delle coerenti modalità di acquisizione.

L'infungibilità, come ribadito dall'ANAC descrive una condizione, logica prima che giuridica, che impedisce il ricorso alla competizione per mancanza di alternative praticabili in concreto.

¹¹ Comunicato del 28 marzo 2018 del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone recante "*Indicazioni alle stazioni appaltanti sul tema dell'infungibilità negli acquisti in ambito sanitario*".

Per tali motivi, l'Autorità suggerisce a coloro che sono preposti all'effettuazione delle procedure di acquisto, che le dichiarazioni acquisite dalle strutture proponenti o da quelle coinvolte nel processo acquisitivo, evidenzino non solo l'indispensabilità di quel determinato prodotto, ma l'impossibilità di utilizzarne altri perché non funzionali o efficaci alle necessità terapeutiche.

Risulta, allora, importante, nell'ottica di prevenire fenomeni di corruzione, focalizzare l'attenzione sulle motivazioni e le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di un determinato prodotto con assunzione da parte dei soggetti coinvolti delle relative responsabilità¹².

6. Obbligo del dipendente di segnalare eventuali situazioni di illecito alla luce della Legge n. 179/2017: soluzioni pratiche

La Legge 30 novembre 2017, n. 179 del ("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") si inserisce nel quadro della normativa in materia di contrasto alla corruzione, disciplinandone un aspetto di fondamentale importanza: la tutela del soggetto che effettua la segnalazione di un illecito.

Infatti, se da un lato la figura del "whistleblower" si rivela fondamentale ai fini del più efficace contrasto ai fenomeni corruttivi (posto che, operando all'interno dell'organizzazione, questi ha maggiori opportunità di venire a conoscenza di condotte illecite), dall'altro una sua insufficiente tutela lo espone a ritorsioni da parte del datore di lavoro, con le immaginabili ricadute in termini economici, di carriera e di salute, con l'effetto generalizzato di scoraggiare di fatto ogni stimolo alla segnalazione. In ultima analisi, un'adeguata tutela del "whistleblower" si pone anche nell'interesse dell'ordinamento, in quanto elemento in grado di favorire l'emersione dei fenomeni di corruzione e di *malagestio*.

La Legge n. 179/2017 si propone quindi l'obiettivo di assicurare una più efficace tutela del soggetto che segnala l'illecito rispetto alla normativa precedente (in particolare, l'art. 54-*bis* del Testo Unico sul Pubblico Impiego e la Deliberazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6: "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti") non limitandola soltanto al rapporto di lavoro pubblico, ma estendendola anche a quello privato, seppure in termini e con modalità differenti.

Per quanto riguarda il **rapporto di lavoro pubblico**, la Legge n. 179/2017 interviene sull'art. 54-*bis* del D.Lgs. n. 165/2001 (Testo Unico sul Pubblico Impiego), già introdotto *ex novo* dalla Legge 190/2012, sostituendolo integralmente. Il nuovo testo recepisce le indicazioni delle citate linee guida ANAC n. 6/2015, che avevano infatti sollecitato un intervento del legislatore per rendere più concrete

¹² Consiglio di Stato, sez. III, 8 gennaio 2013, n. 26.

ed effettive le misure di tutela a favore del segnalante, ritenendo quelle del testo previgente non sufficienti.

Finalmente è stato così stabilito, a tutela del segnalante, il divieto di qualsiasi provvedimento dal quale possano derivare direttamente o indirettamente effetti negativi sul rapporto e sulle condizioni di lavoro (con espresso riferimento a licenziamento, trasferimento, demansionamento ed applicazione di sanzioni), comminandone la nullità, nonché la reintegrazione del lavoratore eventualmente licenziato.

Tra le altre novità, la comminazione di sanzioni amministrative pecuniarie per l'adozione di atti ritorsivi/discriminatori in capo a colui che ha adottato la misura, comprese tra 5 mila e 30 mila euro e di sanzioni comprese tra 10 mila euro e 50 mila euro in capo al RPCT che omette di effettuare un'attività di verifica ed analisi delle segnalazioni ricevute.

Quale ulteriore elemento rafforzativo della tutela accordata, la legge ha aggiunto la previsione in base alla quale spetta all'amministrazione dimostrare che la misura discriminatoria o ritorsiva eventualmente adottata nei confronti del segnalante è stata motivata da ragioni estranee alla segnalazione.

Tali tutele sono destinate a venir meno nel caso sia accertata (anche con sentenza di primo grado) una responsabilità penale del segnalante per calunnia o diffamazione o civile per dolo o colpa grave.

Infine, in relazione all'ambito applicativo, sempre sulla scorta delle indicazioni delle citate linee guida dell'ANAC, vengono espressamente ricompresi nell'ambito della tutela anche i dipendenti degli enti sottoposti a controllo pubblico, nonché i lavoratori ed i collaboratori delle imprese fornitrici della Pubblica Amministrazione.

Oltre alla tutela, la Legge n. 179/2017 disciplina anche gli aspetti relativi alla segnalazione stessa.

Fermo restando la fondamentale premessa secondo cui l'identità del segnalante non può essere rivelata, la legge indica:

- i soggetti a cui può essere presentata la segnalazione: RPCT, ANC, Autorità giudiziaria ordinaria e contabile;
- le modalità con la quale la segnalazione deve essere effettuata: informatica e con il ricorso a strumenti di crittografia, demandandone il dettaglio ad apposite istruzioni operative dell'ANAC.

L'Autorità, in data 8 febbraio 2018, ha reso disponibile sul proprio sito l'applicazione informatica "Whistleblowing" prevista come unica modalità di segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti pubblici ed assimilati che vogliano rivolgersi direttamente all'ANAC, nell'ottica di garantire la più elevata tutela di riservatezza ed una maggiore celerità di trattazione della segnalazione.

Tale applicazione consente infatti al segnalante registratosi di ricevere un codice identificativo univoco (c.d. "key code") ottenuto mediante un protocollo di crittografia, grazie al quale potrà dialogare con l'ANAC in modo spersonalizzato ed essere costantemente informato sullo stato della propria segnalazione. L'ANAC

infatti, qualora ritenga la segnalazione fondata, provvederà o a contattare il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'amministrazione oggetto della segnalazione o a disporre l'invio alle autorità competenti.

Per quanto riguarda il **rapporto di lavoro privato**, l'art. 2 della Legge n. 179/2017 interviene sul D.Lgs. n. 231/2001 aggiungendo 3 commi all'art. 6 del precitato decreto. A tal proposito, i modelli di organizzazione e gestione andrebbero integrati con:

- la previsione di specifici canali informativi dedicati alle segnalazioni, di cui almeno uno informatico;
- il divieto di atti di ritorsione o discriminatori nei confronti del segnalante;
- l'inserimento all'interno del sistema disciplinare del modello organizzativo di sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante nonché di chi effettua con dolo o colpa segnalazioni.

Per quanto riguarda le tutele accordate al "whistleblower" privato, le stesse sono nella sostanza conformi a quelle accordate al pubblico dipendente: nullità di qualsiasi misura ritorsiva o discriminatoria per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione (sono anche in questo caso espressamente citati il demansionamento e il licenziamento) ed onere della prova in capo al datore di lavoro di averla adottata per ragioni diverse dalla segnalazione.

Fatta salva la comminatoria di nullità delle eventuali misure ritorsive o discriminatorie adottate nei confronti del segnalante, la tutela del "whistleblower" privato viene quindi nella sostanza demandata all'ente stesso, che dovrà premurarsi di integrare il proprio modello organizzativo secondo quanto prescritto dall'art. 2 della Legge 179/2017, facendosi carico di individuare le modalità tecniche più adatte per garantire la migliore attuazione di tali disposizioni. Per quanto riguarda gli enti non ancora conformi alle prescrizioni del D.Lgs. 231/2001, la nuova normativa a tutela del "whistleblower" può essere un'occasione utile per adeguarsi a quanto in essa prescritto, al fine di una maggiore trasparenza ed eticità dei comportamenti all'interno dell'organizzazione.



N.B.

Tra le scelte del legislatore, ai fini dell'attuazione di questa importante misura di prevenzione "obbligatoria" vi è sia l'attivazione di un sistema informativo dedicato crittografato che l'attivazione di un sistema alternativo, il che vorrebbe dire un ritorno al cartaceo laddove si decida di non ricorrere alla piattaforma elettronica.

7. La rotazione del personale medico e i suggerimenti contenuti nel PNA 2016

L'istituto della rotazione era stato già previsto dal D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego, dall'art. 16, co. 1, lett. *l-quater*) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi e, pertanto, denominata "rotazione straordinaria". La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale "nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Con la Legge n. 190/2012, invece, è stata inserita dal legislatore la c.d. rotazione ordinaria, espressione di una misura organizzativa generale a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione, (art. 1, co. 5, lett. b) e co. 10, lett. b), Legge n. 190/2012).

L'art. 1, co. 4, lett. e) della Legge n. 190/2012 ha poi chiarito, che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e, l'Autorità ha, in diverse occasioni, ribadito l'importanza che riveste la rotazione dei dirigenti e dipendenti, come strumento fondamentale per contrastare la corruzione, dal momento che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

In generale, oggi, la rotazione rappresenta un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti, motivo per cui, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione.

Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Ne deriva la necessità, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni e gli enti destinatari della normativa in commento sono tenuti a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "**segregazione delle funzioni**", con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti; b) adozione di decisioni; c) attuazione delle decisioni prese; d) effettuazione delle verifiche.

Per i motivi esposti, occorre individuare in via preventiva anche le modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione.

Con delibera n. 13/2015 l'ANAC aveva chiarito che:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni che, in tal modo, potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei "limiti oggettivi", come l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specialistiche, legati alla c.d. **infungibilità dei ruoli**, derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento); in caso contrario, non si deve dar luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.
- la rotazione incontra, altresì, "limiti soggettivi" con particolare riguardo ai diritti individuali dei dipendenti interessati, congedo parentale, permesso per assistere un familiare con disabilità ai diritti anche sindacali di coloro che sono sottoposti alla misura.
- I criteri della rotazione devono essere indicati nei PTPC. **Tra i criteri** che il PTPC deve contenere ai fini dell'applicazione della misura della rotazione **vanno inclusi**:
 - a) quello dell'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione;
 - b) la fissazione della periodicità della rotazione;
 - c) le caratteristiche della rotazione, se "funzionale" o "territoriale".

È fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi.

In sanità l'applicazione del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze.

Il settore clinico è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione, ma non solo considerato che anche gli incarichi amministrativi o tecnici richiedono spesso competenze tecniche specifiche (es. fisica sanitaria, ingegneria clinica ...), con la conseguenza che le figure in grado di svolgere questi compiti all'interno dell'azienda sono poche.

Ne deriva che, al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per applicare correttamente questa misura, occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi, partendo proprio da una ricognizione organizzativa interna di tutti gli enti e, soprattutto, dalla distinzione tra funzioni infungibili e fungibili.

Esistono, tuttavia, diversi aspetti da considerare a seconda che si tratti di personale di area clinica, tecnica e amministrativa e delle altre professioni sanitarie.

Nel PNA 2016, l'ANAC suggerisce, pertanto, di indicare nel PTCT *i criteri di rotazione* che l'ente intende prendere in considerazione, *la fonte di disciplina ed una adeguata programmazione della rotazione*; solo così è possibile evitare l'impiego della misura in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione.

Di sicuro, la pianificazione del processo rotazionale consente, di fatto, l'attuazione della misura in maniera graduale: a tal proposito, vanno individuati preliminarmente i casi in cui è possibile procedere alla rotazione del personale, attraverso una verifica dei contratti in scadenza di coloro che ricoprono posizioni apicali in settori più esposti a rischio corruzione, senza trascurare un aspetto importante legato al fatto che, sia che si tratti di una Azienda Sanitaria Locale, sia che si tratti di Azienda Ospedaliera, Istituto di ricerca o Istituto zooprofilattico, vi sono presso ciascuno degli enti citati, uffici rientranti per competenza in una delle **c.d. 4 aree a rischio corruzione di cui all'art. 1 co. 16, Legge n. 190/2012** ed è per tale motivo, che l'Autorità invita gli enti ad indicare come primi destinatari della attuazione misura, proprio coloro sono a capo di settori afferenti all'area tecnica ed amministrativa e quindi in settori definiti sensibili, (basti pensare all'ufficio gare e contratti, personale ...), per poi passare all'attuazione della misura nei confronti del personale dirigenziale e non afferente all'area clinica e alle altre professioni sanitarie.

La rotazione dei dirigenti/direttori va contemperata con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione

delle professionalità acquisite dai Dirigenti in certi ambiti e settori e, laddove la rotazione risulti impossibile da attuare, temporaneamente o permanentemente, devono essere adottate soluzioni alternative.

Per tali motivi, vanno verificati i *curricula*, i titoli di studio e le acquisite competenze professionali, tutti aspetti che possono consentire una fungibilità di posizioni; in caso contrario, in linea con le indicazioni contenute nel PNA 2016, sarà cura dell'Ente adottare soluzioni alternative, come l'applicazione dell'istituto della segregazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e più livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti) o la previsione di modalità operative che garantiscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando l'isolamento di alcune mansioni.

Ne deriva che, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato dall'ente sanitario, dovrà indicare un termine di adozione di un **atto di indirizzo a cura dell'organo di indirizzo politico**, con cui a seconda delle caratteristiche della struttura e previa verifica delle professionalità interne, quest'ultimo dovrà invitare il RPCT di intesa con il Direttore UOC risorse umane o Personale alla predisposizione di **un piano aziendale di rotazione**.

L'atto di indirizzo adottato dal Direttore Generale o, in caso di enti commissariati, dal Commissario varrà come presa d'atto della normativa, delle indicazioni dell'ANAC in materia.

Il piano aziendale rotazionale, invece, approvato con apposita delibera, recherà una programmazione ai fini dell'attuazione della misura, calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni struttura.



N.B.

È importante, inoltre, che la delibera di approvazione del piano aziendale rotazionale, rechi un coordinamento tra l'attività del RPCT che si estrinseca nella presentazione di una bozza di piano aziendale rotazionale e quella del Dirigente al Personale, il quale si limita alla predisposizione della relazione relativa al monitoraggio effettuato sugli aspetti declinati in precedenza. All'atto della predisposizione del piano, il RPCT fa propria la relazione, all'uopo modificandola ed integrandola in base alle esigenze della struttura e si procede alla sua approvazione con delibera.

Nel caso specifico del settore sanitario, il personale medico è tutto inquadrato nel ruolo dirigenziale. Le posizioni di maggiore interesse ai fini della rotazione, potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (UOC), a valenza dipartimentale (UOSD) e i Dipartimenti.

Le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di un'azienda ospedaliera.

Al contrario, i Direttori di Dipartimento svolgono prevalentemente funzioni gestionali e tale ruolo va conferito ad un Direttore di UOC afferente al dipartimento; di conseguenza, è possibile ritenere che tutti i Direttori di un dipartimento sono potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico come Direttore del dipartimento. Il dipartimento è solitamente costituito da U.O.C. e al suo interno da unità operativa semplici e incarichi professionali di alta specialità (le IPAS).

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di distretto e i Direttori medici di presidio, nel caso siano presenti più presidi, che possono essere considerati destinatari della misura, dal momento che sono chiamati a svolgere funzioni prevalentemente gestionali e meno di carattere clinico-assistenziale. Analoga situazione si potrebbe verificare per i primari di UOC con funzioni analoghe, collocate nella rete di presidi ospedalieri di una azienda sanitaria locale.

Nell'ambito poi, di ciascun Dipartimento, ogni Direttore di UU.OO.CC. valuterà, previa verifica delle specifiche competenze e professionalità, entro sempre entro un termine indicato nel piano, se ci sono figure professionali (dirigenti medici) rispetto alle quali sussistono le condizioni di fungibilità delle prestazioni (perché ad esempio ci sono 2 soggetti che in presidi ospedalieri della medesima ASL si occupano degli interventi di cataratta), o se, in alternativa, rispetto a tali soggetti bisognerà procedere con la previsione di misure di prevenzione alternative, tra cui spicca la c.d. **segregazione delle funzioni** più volte richiamata nel PNA 2016, essendo impossibile procedere alla rotazioni per motivi legati alla c.d. infungibilità delle competenze.

Compete, altresì, al Direttore di Dipartimento, U.O.C., distretto o presidio ospedaliero, valutare l'opportunità di far ruotare il personale non dirigenziale, avendo cura di comunicare la programmazione annuale al RPCT e al Dirigente al personale o di altro ufficio, che ha contribuito alla stesura del piano rotazionale e quindi, alla fissazione dei criteri da utilizzare per la rotazione del personale aziendale.

In particolare, nel piano aziendale rotazionale andrà indicato il termine entro cui comunicare la rotazione annuale del personale non dirigenziale, programmata in misura percentuale, insieme ad una relazione di accompagnamento al RPCT e per conoscenza al Direttore UOC risorse umane o altro ufficio competente.

Nell'ipotesi in cui è impossibile dar luogo alla rotazione, bisognerà indicare nella relazione annuale da consegnare al RPCT, relativa al monitoraggio effettuato sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT, le ragioni ostative ed indicare misure alternative adottate, quali:

- affiancamento con altro dipendente per lo svolgimento di determinati compiti;
- *audit* con il soggetto che riveste un ruolo sovraordinato sulle procedure adottate al fine di valutarne l'efficacia.

Meritano, inoltre, attenzione anche alcune figure professionali, che hanno un ruolo strategico all'interno dell'organizzazione e alla gestione delle risorse pub-

bliche, costituendo un anello della catena del processo decisionale relativo, ad esempio, alla introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale, come i farmacisti e coloro che svolgono professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e coordinamento, tutte figure rientranti nelle c.d. professioni sanitarie.

Rispetto a tali figure occorrerà valutare se sussistono le condizioni per attuare la misura, i livelli di responsabilità attribuiti e la formazione altamente specialistica conseguita, consentano, poi, di fatto una pianificazione del meccanismo rotazionale. Sicuramente, l'acquisizione di competenze specifiche potrebbe rendere infungibile la posizione di alcuni soggetti, o magari spingere l'ente sanitario a valorizzare le professionalità interne e a garantire l'acquisizione di una competenza sempre più specialistica per settore accompagnata dalla previsione di periodi di affiancamento, per non lasciare soli i soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Sarà cura dell'Ente inviare un'informativa alle sigle sindacali maggiormente rappresentative sui criteri di rotazione presi in considerazione nella predisposizione del piano aziendale rotazionale, al fine di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte. **Tale comunicazione** però, **non determinerà l'apertura di una fase di negoziazione** in materia. La rotazione, infatti, va concepita come l'occasione per costruire piani diretti a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'interscambiabilità delle posizioni laddove ciò risulti possibile.

Oltre a quanto previsto nel PTCT e nel piano aziendale rotazionale, trova applicazione quanto previsto dall'art. 16 co. 1-*quater* del D.Lgs. n. 165/2001 in caso di notizia di avvio di un procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, a conferma del fatto che come per le pubbliche amministrazioni anche nel settore sanitario, e precisamente nel PTPCT adottato dall'ente, vanno rigorosamente descritte sia le ipotesi di rotazione c.d. ordinaria che straordinaria, legate alla commissione di illeciti penali e/o disciplinari.

Si tratta, quindi, di una misura di carattere eventuale e cautelare tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Per quanto attiene all'ambito soggettivo di applicazione, dal testo normativo sembra evincersi che detta forma di rotazione in quanto applicabile al "personale" sia da intendersi riferibile sia al personale dirigenziale, sia non dirigenziale.

Mentre per **il personale non dirigenziale** la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, nel caso di **personale dirigenziale**, ha modalità applicative differenti comportando la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, la riattribuzione di altro incarico.

Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e dunque alle fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria, vista l'atipicità del contenuto della condotta corruttiva indicata dalla norma e, in attesa di chiarimenti da parte

del legislatore, l'ANAC suggerisce di considerare come potenzialmente integranti le condotte corruttive anche i reati contro la Pubblica Amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal D.Lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione", nonché quelli indicati nel D.Lgs. 31 dicembre 2012, n. 235.

In conclusione, pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. È necessario, di conseguenza, definire sistemi di monitoraggio strutturati ed espliciti per evitare il verificarsi del rischio di condizionamenti e/o comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il collegamento con il sistema di valutazione della *performance*, attraverso l'indicazione di obiettivi volti anche allo sviluppo di competenze trasversali.

La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione e collegati ai sistemi di gestione interni alla struttura o ente sanitario.

Altri strumenti per applicare il principio della rotazione possono ricercarsi, da parte del management delle aziende sanitarie, nella previsione di modelli organizzativi anche di tipo interdipartimentale e/o nella ottimizzazione dell'impiego dei professionisti resi disponibili per effetto, ad esempio, di processi di accorpamento in attuazione del D.M. n. 70/2015 o anche nella definizione di accordi interaziendali.



CAPITOLO III

I DECRETI ATTUATIVI DELLA LEGGE
ANTICORRUZIONE: PROBLEMI APPLICATIVI,
LACUNE NORMATIVE E MANCATO
COORDINAMENTO CON LA NORMATIVA
DI SETTORE

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. 97/2016: tra vecchi e nuovi obblighi di pubblicazione imposti al settore sanitario

La disciplina sulla trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In particolare, in attuazione della delega contenuta nella Legge n. 190/2012, il Governo ha adottato il D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della PA”*, in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle Pubbliche Amministrazioni, quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell’art. 117 della Costituzione, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di un’amministrazione aperta e al servizio del cittadino, (art. 1, co. 2, D.Lgs. n. 33/2013).

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa.

Essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo;
- la conoscenza dei presupposti per l’avvio e lo svolgimento del procedimento e, se ci sono blocchi anomali dello stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e se l’utilizzo di tali risorse è deviato verso finalità improprie;
- la conoscenza della situazione patrimoniale di politici e dirigenti e il controllo circa arricchimenti anomali verificatisi durante lo svolgimento del mandato.

Come noto, infatti, già la Legge n. 190/2012 è intervenuta a rafforzare gli strumenti vigenti, pretendendo un’attuazione ancora più spinta della trasparenza, in passato, largamente valorizzata con la Legge n. 241/1990 e, successivamente, con l’approvazione del D.Lgs. n. 150/2009.

La legge anticorruzione recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”*, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, prevedendo l’obbligo dell’elaborazione da parte delle Amministrazioni Pubbliche di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione.

Successivamente, con il D.Lgs. n. 33/2013 attuativo della Legge n. 190/2012, il Governo ha provveduto a consolidare l’idea della trasparenza intesa come accesso alle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle Pubbliche Amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione del cittadino al dibattito politico.

È emerso, allora, con chiarezza, che la trasparenza non è da considerare un fine, ma uno strumento per avere una PA che operi con etica ed in modo efficiente ed economico.

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistemazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi ed ha disciplinato per la prima volta l'istituto dell'"accesso civico", (art. 5, D.Lgs. n. 33/2013).

Il decreto, pertanto, si presentava, in principio, come un documento:

- ricognitivo delle disposizioni che negli anni hanno introdotto obblighi di pubblicazione; infatti, prima del decreto in esame, diverse norme prevedevano, in maniera disorganica obblighi di pubblicazione in capo alle amministrazioni;
- innovativo, perché prevedeva nuove forme di pubblicità obbligatoria, termini di pubblicazione, nuove responsabilità per mancato o inesatto adempimento degli obblighi.

Da ultimo, la Legge n. 124/2015, nota come legge delega Madia, che all'art. 7, co. 1, aveva invitato il Governo ad adottare entro 6 mesi uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. n. 33/2013, in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP. AA.

Di qui, il decreto legislativo attuativo della delega del 23 maggio 2016 n. 97, entrato in vigore il 23 giugno 2016, pubblicato l'8 giugno, in considerazione del periodo di 15 giorni di *vacatio legis*. Tale provvedimento, nell'intento di rafforzare la trasparenza amministrativa, ha apportato significative modifiche al D.Lgs. n. 33/2013 in considerazione degli obiettivi in esso contemplati, quali:

- ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza;
- prevedere misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle Pubbliche Amministrazioni
- individuare i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza.

Il Titolo del D.Lgs. n. 33/2013, all'esito del processo di riforma, è mutato in "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" in luogo del precedente titolo " Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni".

L'art. 2 del D.Lgs. n. 97/2016 nel novellare **l'art. 1 co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013** ha modificato la nozione generale di "**trasparenza**" intesa ora come "*accessibili-*

tà totale ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni" (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle Pubbliche Amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'art. 2 novellato individua in maniera più dettagliata **l'oggetto del decreto legislativo** riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PPAA, sia dagli enti pubblici e dalle società controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche, come meglio specificato dall'art. 2-*bis*. Tale diritto può essere esercitato da "*chiunque*", ma **tale libertà trova un limite nella tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti**, attraverso **due strumenti: "la pubblicazione obbligatoria dei documenti della PA relativa alla propria organizzazione e attività e l'accesso civico"**, nella duplice accezione sia di diritto di accedere ai documenti che le Amministrazioni Pubbliche hanno omesso di pubblicare nonostante fossero obbligate per legge **c.d. "accesso civico semplice" disciplinato dall'art. 5 co. 1 D.Lgs. n. 33/2013**, sia di diritto di informazione generalizzata su tutti gli atti anche quelli non sottoposti a pubblicazione obbligatoria, pur nei limiti di cui agli art. 5-*bis*, D.Lgs. n. 33/2013, c.d. **accesso civico generalizzato disciplinato al co. 2 dell'art. 5**.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "*semplice*", ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti.

L'art. 2-*bis* del D.Lgs. n. 33/2013, introdotto dal D.Lgs. n. 97/2016 ha poi, di fatto, **ridefinito l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza** rispetto a quanto era, in passato, contemplato dall'ormai abrogato art. 11 del D.Lgs. n. 33/2013.

Esso individua tre macro categorie di soggetti tenuti al rispetto delle regole sulla trasparenza:

- 1) Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001, in cui sono ricomprese anche le aziende e gli enti appartenenti al SSN, le autorità portuali nonché le autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza e regolazione, (art. 2-*bis* co. 1, D.Lgs. n. 33/2013);
- 2) enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, sottoposti alla medesima disciplina prevista per le PA "*in quanto compatibile*" (art. 2-*bis*, co. 2, D.Lgs. n. 33/2013);
- 3) società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato soggetti alla medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le PA "*in quanto compatibile*" e, "*limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e dell'Unione Europea*", (art. 2-*bis*, co. 3, D.Lgs. n. 33/2013).

Le modifiche hanno delineato un ambito di applicazione della disciplina della trasparenza diverso e più ampio rispetto a quello che individua i soggetti tenuti ad applicare le misure di prevenzione della corruzione. Quest'ultimi, inoltre, sono distinti ad esempio tra soggetti che adottano il PTPCT e quelli che adottano misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231.

Qualcuno l'ha definita la lunga marcia verso la trasparenza, composta da tre tappe fondamentali:

- la prima tappa di questo lungo cammino coinciderebbe con l'introduzione della **Legge n. 241/1990** relativa al c.d. "accesso agli atti amministrativi" ma il diritto di accesso ivi contemplato era ed è un diritto limitato, dal momento che mette il cittadino nella condizione di dover dimostrare di avere un interesse diretto attuale e concreto rispetto al documento detenuto dalla PA e di cui chiede accesso ed eventualmente copia;
- la seconda tappa, invece, pare sia concisa con il **D.Lgs. n. 33/2013**, quando la trasparenza è diventata specie in relazione agli atti detenuti dalla PA. oggetto di obbligo di pubblicazione, a prova di un click, con la conseguenza che gli enti pubblici sono stati costretti, anche nell'ottica di prevenire fenomeni corruttivi al loro interno, a dover pubblicare una lunga serie di dati relativa alla loro attività amministrativa;
- la terza tappa, coincidente con il **D.Lgs. n. 97/2016 attuativo della Legge n. 124/2015**, a cui si deve l'introduzione del c.d. *Freedom of information act*, comunemente detto FOIA; infatti questo provvedimento, partendo dalle norme del D.Lgs. n. 33/2013, introduce quello che già esiste, da tempo, in altri Paesi, ovvero la possibilità per il cittadino di chiedere alla PA tutti gli atti che quest'ultima possiede, **nel rispetto dei "limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti" indicati dalla legge.**

Infatti la trasparenza costituisce condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali e concorre alla realizzazione di un'Amministrazione aperta al servizio del cittadino, nel solco di quanto sostenuto dalla Corte europea dei diritti dell'uomo che ha qualificato il diritto di accesso alle informazioni quale "*manifestazione della libertà di informazione*" protetto dall'art. 10 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo¹. Si passa così "*dal bisogno di conoscere al diritto di conoscere*", così come ricordato dal Consiglio di Stato nel parere 24 febbraio 2016, n. 515.

¹ L'accesso civico generalizzato: caratteristiche e funzioni. Introduzione in Delibera 28 dicembre 2016, n. 1309 su www.anac.it.

Al fine di operare una generale ricognizione dell'ambito soggettivo e oggettivo degli obblighi di trasparenza, l'ANAC è intervenuta con una linea guida approvata con delibera 28 dicembre 2016, n. 1310, sostitutiva della delibera n. 50/2013 e con la delibera 28 dicembre 2016, n. 1309 sempre, relativa all'accesso civico.

Nella delibera n. 1310/16 l'Autorità fa il punto sulle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 al D.Lgs. n. 33/2013 evidenziando le seguenti novità:

- l'art. 8 del D.Lgs. n. 33/2013 sulla decorrenza e sulla durata della pubblicazione è stato solo in parte modificato in relazione all'introduzione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato. La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co. 3) fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati. Un'importante modifica è quella apportata all'art. 8, co. 3, dal D.Lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5;
- l'art. 12, co. 1, dispone la pubblicazione di ogni atto – sia esso espressamente previsto da una norma di legge sia che venga adottato nell'esercizio di un autonomo potere amministrativo o gestionale, come precisato dal legislatore nel 2016 - che riguardi l'organizzazione, le funzioni, gli obiettivi, i procedimenti, l'interpretazione di disposizioni di legge che incidono sull'attività dell'amministrazione/ente e i codici di condotta. Con un'ulteriore modifica l'obbligo di pubblicazione è stato esplicitamente esteso:
 - a) ai Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza nonché alle misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle contenute nei modelli di organizzazione e gestione adottati ai sensi del D.Lgs 8 giugno 2001, n. 231, (MOG 231), dai soggetti diversi dalle Pubbliche Amministrazioni e indicati all'art. 2-*bis*, co. 2, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33; ciò in coerenza con quanto dispone il nuovo testo della legge n. 190/2012, art. 1, co. 2-*bis*, ove all'adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione prevista per le PA corrisponde l'adeguamento dei MOG 231 da parte delle società e degli altri enti di diritto privato, ricompresi nell'ambito di applicazione della disciplina della trasparenza;
 - b) ai documenti di programmazione strategico-gestionale propri di ogni ente, con tali intendendosi gli atti di indirizzo generali quali, ad esempio, le direttive sull'azione amministrativa adottate dai Ministri;

- c) agli atti degli Organismi indipendenti di valutazione. Equiparati a questi atti vanno considerati anche quelli degli organismi che svolgono funzioni analoghe agli OIV. La pubblicazione di tali dati è prevista anche **nell'art. 31** rubricato "*Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'Amministrazione*". Per ragioni di semplificazione, pertanto, **gli atti degli OIV, e degli organismi che svolgono funzioni analoghe, vanno pubblicati una sola volta nella sotto-sezione "Controlli e rilievi sull'Amministrazione"**;
- con la modifica apportata dall'art. 14 del D.Lgs. n. 97/2016, l'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 disciplina ora solamente la pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e di consulenza conferiti e affidati a soggetti esterni a qualsiasi titolo, sia oneroso che gratuito. L'articolo, cioè, non riguarda più gli obblighi di pubblicazione dei dati sui dirigenti ora regolati dal novellato articolo 14, co. 1-*bis* e 1-*ter*. Si ritiene utile sottolineare che all'interno della sotto-sezione "Consulenti e collaboratori" di cui all'art. 15 in esame, devono essere pubblicati i dati relativi agli incarichi e alle consulenze che non siano riconducibili al "Contratto di appalto di servizi" assoggettato alla disciplina dettata nel codice dei contratti (D.Lgs. 50/2016). Diversamente, qualora i dati si riferiscano ad incarichi riconducibili alla nozione di appalto di servizio, si applica l'art. 37 del D.Lgs. n. 33/2013, prevedendo la pubblicazione dei dati ivi indicati nella sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti";
- l'art. 18 del D.Lgs. 97/2016 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. n. 33/2013 ribadendo la pubblicazione dei bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione. In relazione ad ogni bando è stato introdotto l'obbligo di pubblicare anche "i criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte". Scopo della norma è quello di rendere trasparente il processo di valutazione della Commissione anche in relazione ad esigenze di tutela degli interessati. I criteri e le modalità di valutazione delle prove concorsuali, da definirsi ai sensi della normativa vigente, è opportuno siano pubblicati tempestivamente non appena disponibili. Le tracce delle prove scritte, invece, non possono che essere pubblicate dopo lo svolgimento delle prove. Si precisa che la pubblicazione dei bandi espletati, ai sensi dell'art. 8, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013, deve rimanere rintracciabile sul sito per cinque anni, a partire dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui occorre procedere alla pubblicazione;
- con l'art. 5 del D.Lgs. n. 97/2016 è stato inserito l'art. 4-*bis* del D.Lgs. n. 33/2013 concernente la trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche. La nuova disposizione, al co. 1, prevede che, al fine di promuovere l'accesso e migliorare la comprensione dei dati sulla spesa delle Pubbliche Amministrazioni, l'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) gestisca, d'intesa con il Ministero

dell'economia e delle finanze, il sito internet denominato "Soldi pubblici", tramite il quale è possibile accedere ai dati degli incassi e dei pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni e consultarli in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento. Si tratta di un portale web, "Soldi pubblici", attualmente esistente (link <http://soldipubblici.gov.it/>), che raccoglie i dati di cassa, di entrata e di uscita, rilevati dal Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE) e li pubblica dopo averli previamente rielaborati nella forma. La consultazione di "Soldi pubblici" consente, pertanto, l'accesso "puntuale", quindi la "trasparenza", ai dati sull'utilizzo delle risorse pubbliche, con riferimento alla "natura economica" della spesa e con aggiornamento mensile. Occorre, peraltro, evidenziare che l'omessa pubblicazione dei dati comporta l'applicazione della sanzione pecuniaria di cui all'art. 47 del D.Lgs. 33/2013. Fermo restando l'esigenza che il legislatore intervenga per chiarire il contenuto effettivo dei dati indicati nella disposizione, l'Autorità ritiene in questa fase necessario fornire alcune prime indicazioni. Ai fini della individuazione della "tipologia di spesa sostenuta", è opportuno, per il momento, che ciascuna Amministrazione si riferisca alle seguenti tipologie di spesa, in quanto afferenti a risorse tecniche e strumentali strettamente connesse al perseguimento della propria attività istituzionali:

Uscite correnti

- Acquisto di beni e di servizi
- Trasferimenti correnti - Interessi passivi
- Altre spese per redditi da capitale
- Altre spese correnti

Uscite in conto capitale

- Investimenti fissi lordi e acquisto di terreni
- Contributi agli investimenti
- Altri trasferimenti in conto capitale
- Altre spese in conto capitale
- Acquisizioni di attività finanziarie.

Per ciascuna di tali tipologie di spesa, l'Amministrazione individua la natura economica delle spese e pubblica un prospetto con i dati sui propri pagamenti, evidenziando i nominativi dei "beneficiari" e, quale "ambito temporale di riferimento", la data di effettivo pagamento.



In particolare, per gli Enti del SSN, l'obbligo di cui al co. 2 dell'art. 4-bis, è assorbito in quello specificatamente previsto dall'art. 41, co. 1-bis del D.Lgs. n. 33/2013.

- L'art. 30, solo in minima parte modificato dal D.Lgs. 97/2016, prevede la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti e, nella nuova formulazione, anche di quelli detenuti, nonché dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti;
- L'art. 31, invece, come novellato dall'art. 27 del D.Lgs. 97/2016, si sofferma sulla pubblicazione degli esiti dei controlli sull'attività amministrativa, prevedendo la pubblicazione di tutti gli atti degli organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione (procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti), la relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle Amministrazioni e dei loro uffici. La disposizione è profondamente diversa da quella del testo previgente ove si disponeva che fossero pubblicati i soli "rilievi" degli organi di controllo interno nonché degli organi di revisione amministrativa e contabile, che non fossero stati "recepiti", insieme con gli atti nei confronti dei quali detti rilievi venivano emessi. In merito all'attività di controllo della Corte dei conti, era previsto l'obbligo di pubblicazione di tutti i rilievi, ancorché recepiti, espressi dalla Corte. Per quanto concerne l'obbligo di pubblicazione relativo agli atti degli organismi indipendenti di valutazione (OIV), che non compariva nella formulazione previgente dell'art. 31, occorre fare riferimento in via prioritaria alla disciplina istitutiva degli organismi indipendenti di valutazione della performance nelle Pubbliche Amministrazioni, contenuta all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, nonché ai compiti ad essi affidati che sono elencati al co. 4, del medesimo articolo. Ai fini degli obblighi di pubblicazione, si ritiene che assumano rilievo gli atti conclusivi adottati dagli OIV, quali, ad esempio, a titolo meramente esemplificativo, la relazione annuale sullo stato del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, la validazione della relazione sulla performance di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'amministrazione/ente.
- Le modifiche introdotte all'art. 32 dall'art. 28 del D.Lgs. n. 97/2013 investono sia l'ambito soggettivo, estendendone l'applicazione, oltre che alle Pubbliche Amministrazioni, anche ai gestori di pubblici servizi, sia l'ambito oggettivo dell'obbligo semplificandone il contenuto. In particolare, al co. 1 è stabilito che oltre alle Pubbliche Amministrazioni l'obbligo viene esteso anche ai gestori di servizi pubblici. L'Autorità è dell'avviso che in tale categoria di soggetti siano da intendersi i gestori, che rientrano fra i soggetti indicati all'art. 2-bis del D.Lgs. n. 33/2013, che effettivamente erogano i servizi pubblici, a prescindere dalla loro natura giuridica e dalle modalità organizzative, nel rispetto dei principi fissati dalla normativa vigente in materia di qualità dei servizi pubblici (direttiva P.C.M. 27 gennaio 1994; D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 286, art. 11; D.L. 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con Legge 24 marzo 2012, n. 27, art. 8). L'obbligo di pubblicazione concerne, ai sensi del co. 1, la carta dei servizi o un documento analogo ove sono indicati i livelli minimi di qualità dei servizi e quindi gli impegni assunti nei confronti degli utenti per garantire il rispetto degli standard fissati. La modifica apportata al co. 2 è diretta a chiarire che i medesimi soggetti

(Pubbliche Amministrazioni e gestori dei servizi pubblici), una volta individuati annualmente i servizi erogati agli utenti sia finali sia intermedi, secondo quanto stabilito all'art. 10, co. 5, del D.Lgs. n. 33/2013, sono tenuti a pubblicare i costi contabilizzati e il relativo andamento nel tempo, obbligo già previsto nel testo pervigente.

- L'art. 29 del D.Lgs. n. 97/2013, nell'integrare il disposto dell'art. 33, ha previsto che nel calcolo dell'indicatore annuale e trimestrale dei tempi medi di pagamento, le amministrazioni devono considerare, oltre gli acquisti di beni, servizi e forniture, anche i pagamenti relativi alle prestazioni professionali, non indicati nella precedente formulazione. Viene in tal modo chiarito che la misurazione dei tempi riguarda ogni tipo di contratto stipulato dall'amministrazione/ente, ivi compresi quelli aventi a oggetto prestazioni professionali, affidati nel rispetto della disciplina vigente in materia. Il legislatore continua a prestare particolare attenzione al grave fenomeno dei ritardati pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni, interpretando la trasparenza come strumento utile alla emersione e alla riduzione di tale criticità. Ai fini dell'attuazione di detto obbligo si richiamano gli artt. 9 e 10 del D.P.C.M. 22 settembre 2014 «Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni» e, per i Ministeri, la circolare n. 3 MEF - RGS - Prot. 2565 del 14 gennaio 2015. Ulteriore novità riguarda la previsione della pubblicazione, con cadenza annuale, dell'ammontare complessivo dei debiti e del numero delle imprese creditrici. Le amministrazioni, pertanto, rendono disponibile nella sotto-sezione di secondo livello "Indicatore di tempestività dei pagamenti/ammontare complessivo dei debiti" della sezione "Amministrazione trasparente", possibilmente non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'ammontare complessivo del debito maturato dall'amministrazione e il numero delle imprese creditrici, fra le quali, secondo un'interpretazione coerente delle disposizioni dell'art. 33, sono da intendersi ricompresi tutti i soggetti che vantano crediti nei confronti delle PA/enti, ivi inclusi singoli professionisti.

- Infine, l'art. 37 è stato riformulato: permangono gli obblighi di pubblicazione contenuti nell'art. 1, co. 32, della Legge 190/2012 ed è stata aggiunta la pubblicazione degli atti e delle informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016. L'Autorità ritiene che le Pubbliche Amministrazioni e gli altri soggetti tenuti ai sensi dell'art. 2-bis del D.Lgs. n. 33/2013, siano tenuti a pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente"- sottosezione "Bandi di gara e contratti" gli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 50/2016, come elencati nell'allegato 1, nonché gli elenchi dei verbali delle commissioni di gara, ferma restando la possibilità di esercizio del diritto di accesso civico generalizzato ai predetti verbali, ai sensi degli artt. 5, co. 2 e 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013. Gli atti in questione possono essere pubblicati nella predetta sotto-sezione, anche tramite link ad altre parti del sito, in attuazione dell'art. 9 del D.Lgs. 33/2013.

Nell'ambito del capo V del D.Lgs. n. 33/2013 avente ad oggetto gli obblighi di pubblicazione in settori speciali, l'art. 41 è dedicato a garantire l'attuazione del principio generale di trasparenza da parte delle amministrazioni e degli enti sanitari.

L'intenzione del legislatore è, da un lato, quella di equiparare l'amministrazione sanitaria alle altre Pubbliche Amministrazioni, per quanto concerne il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti negli altri capi del decreto, dall'altro, di ampliare l'area della pubblicità a specifici e rilevanti aspetti riguardanti l'organizzazione, le attività strumentali e le prestazioni fornite da tali strutture, in considerazione della peculiare natura del Servizio Sanitario.

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui di fonda il Sistema Sanitario pubblico.

Per tali motivi, la promozione della trasparenza costituisce un obiettivo cruciale nel settore sanitario in considerazione del divario che, prima dell'introduzione della nuova normativa in materia di trasparenza, si registrava tra l'enunciazione dei diritti di informazione e partecipazione dei cittadini, contenuta nell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992 e la loro concreta attuazione.

Di sicuro, appare calzante al settore sanitario la nuova definizione di trasparenza di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, che dopo le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016, individua quali scopi primari della trasparenza "la tutela dei diritti dei cittadini e la promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa".

In questa prospettiva, appaiono rilevanti, non solo gli obblighi enunciati dall'art. 41, ma anche gli obblighi di pubblicità concernenti le prestazioni offerte ed i servizi erogati di cui all'art. 32, che vanno a sommarsi agli specifici obblighi di pubblicità contenuti nell'art. 41, ora estesi a tutti gestori di pubblici servizi.

L'art. 41 si apre offrendo una definizione di "amministrazione sanitaria" ampia ed omnicomprensiva: sono, infatti, ricomprese sia le amministrazioni e gli enti del SSN, secondo la definizione utilizzata già dall'art. 1 co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001, ora espressamente richiamato nel nuovo art. 2-*bis* del decreto, sia le amministrazioni e gli enti dei Servizi sanitari regionali.

Sono, inoltre ricomprese, non solo le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, ma altre Pubbliche Amministrazioni preposte ad attività serventi e strumentali rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie in senso stretto, come "le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura di servizi sanitari", presenti ormai sotto varie forme e denominazioni, in molte realtà regionali².

Ad ogni modo, la consapevolezza della specificità dell'organizzazione sanitaria ha rafforzato nel legislatore la convinzione che i livelli essenziali di trasparenza debbano essere garantiti in modo uniforme; per tali motivi, ha deciso di sottoporre agli standard, ai modelli e schemi, lasciando una precisa definizione di quest'ultimi all'ANAC, come si evince dall'art. 48³ del D.Lgs. n. 33/2013.

² Per una elencazione non tassativa dei soggetti ricompresi in questa nozione si v. anche la determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12, parte speciale, sezione II, par. 1.2.

³ In considerazione delle indicazioni contenute nell'art. 48 che fa riferimento all'Allegato A del D.Lgs. n. 33/2013, ciascun soggetto destinatario della normativa sulla trasparenza e quindi incluso nell'art. 2-*bis* del decreto in esame, è tenuto ad organizzare la sezione del sito istituzionale denominata

L'art. 41 prosegue poi declinando in modo differenziato l'ambito di applicazione soggettivo dei singoli obblighi di pubblicità, estesi a seconda dei casi a tutti i soggetti indicati nel co. 1, oppure alle sole aziende sanitarie e ospedaliere, ovvero alle Regioni o agli enti ed aziende, sia pubbliche che private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario.

Questa modulazione è correlata al differente contenuto dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, che si riferiscono, a seconda dei casi ad elementi relativi all'uso delle risorse, all'organizzazione o all'attività.

All'art. 41 è stato aggiunto il co. 1-*bis* che dispone la pubblicazione dei dati relativi alle spese e ai pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio⁴: in particolare, in base alla disposizione in commento, le amministrazioni sanitarie sono tenute alla pubblicazione integrale di tutti i dati relativi a spese e pagamenti per lavori, servizi e forniture, attraverso la previsione di una forma di pubblicazione tale da consentire la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito territoriale di riferimento e ai beneficiari.

Destinata a rafforzare il controllo sociale su una delle c.d. aree a rischio corruzione, e cioè quella degli incarichi e nomine, sono gli obblighi di pubblicità previsti, invece, dal co. 2 dell'art. 41, concernente le informazioni e i dati, compresi avvisi e bandi di selezione relativi allo svolgimento di procedure e atti di conferimento degli incarichi di:

- direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo;
- responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse.

A completamento degli obblighi di pubblicità sanciti dal co. 2, il co. 3 dell'articolo in commento opera un rinvio agli obblighi di pubblicazione dell'art. 15, specificando che tra le attività professionali da dichiarare ai sensi del co. 1 lett. c) del precitato articolo, va considerata anche l'attività professionale svolta in regime intramurario.



Nell'ambito del PNA 2015, l'ANAC aveva invitato tutte le aziende a rafforzare la trasparenza delle attività svolte in regime di libera professione, considerando tale attività, anche per la sua intrinseca connessione con la gestione del sistema delle liste d'attesa, un'area di rischio specifica ed ulteriore del settore sanitario.

"Amministrazione Trasparente", in sotto – sezioni all'interno delle quali vanno inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal decreto sulla trasparenza.

⁴ Non si fa riferimento in questo articolo ai pagamenti delle prestazioni professionali, indicate, invece tra le categorie di pagamenti per i quali effettuare la rilevazione dei tempi medi.

Anche i titolari di struttura semplice sono destinatari degli obblighi di pubblicità di cui all'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 anche se, per come scritta la norma, servirà un intervento chiarificatore dell'Autorità dal momento che oggi si intitola "obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza" e non parla più di "titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti", in cui era sicuramente inclusa tutta la dirigenza sanitaria.

Alle strutture sanitarie accreditate sono, invece, dedicati i commi 4 e 5 dell'art. 41: il primo prevede, infatti, la pubblicazione ed il costante aggiornamento dell'elenco di tali strutture e dei relativi accordi contrattuali, che stabiliscono il tipo di prestazioni erogabili, il loro volume massimo ed il corrispettivo preventivato; il secondo include il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente tra i requisiti che le Regioni devono prendere in considerazione ai fini dello stesso accreditamento delle strutture sanitarie.

Ne deriva che sono le stesse strutture a risultare soggette ad obblighi di pubblicità il cui rispetto costituisce condizione imprescindibile per l'ottenimento dello specifico titolo concessorio costituito dall'accreditamento⁵. Tuttavia, non potendo essere equiparate alle Pubbliche Amministrazioni per come descritte nell'art. 2-bis co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, non possono essere destinatarie di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto sulla trasparenza, ma, al massimo, vanno considerate rientranti tra gli enti di diritto privato, che esercitano "attività di gestione di servizi pubblici" ex co. 3 dell'art. 2-bis, il quale limita l'applicazione del decreto a quelli con bilancio superiore a 500 mila euro; invece, devono ritenersi applicabili alle strutture accreditate gli obblighi di pubblicità relativi ai servizi erogati, che l'art. 32 estende anche "ai gestori di pubblici servizi".

Sia la previsione della pubblicazione e aggiornamento dell'elenco delle strutture accreditate sia degli accordi stipulati con le Regioni o direttamente con le Aziende Sanitarie Locali, possono contribuire a mettere in luce un rapporto, quello tra regione ed enti accreditati, non sempre così trasparente.

Infine nel co. 6 dell'art. 41 viene affrontato il tema delle liste d'attesa; infatti, tra gli specifici obblighi di trasparenza posti a carico degli enti, aziende e strutture pubbliche e private, preposte all'erogazione delle prestazioni sanitarie vi è quello relativo alla predisposizione, sul proprio sito di un'apposita sezione denominata "liste di attesa", nel quale inserire i criteri di formazione delle liste, i tempi di attesa previsti ed i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

A dire il vero, il legislatore ha affidato la garanzia di effettività dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni ad un complesso sistema di fonti normative.

⁵ A fare chiarezza sulla questione sono chiamate le Regioni sulle quali incombe non solo il dovere di includere il rispetto degli obblighi di pubblicità tra i requisiti per ottenere l'accreditamento, ma anche quello di attuare le raccomandazioni dell'ANAC alla massima estensione della trasparenza anche alle attività delle strutture accreditate, attesa la loro rilevanza sia in termini di volume di servizi che di flussi finanziari coinvolti.

In particolare, all'art. 1 co. 280 della Legge n. 266/2005 (legge finanziaria per il 2006) si deve l'introduzione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa contenente:

- d) l'individuazione delle prestazioni essenziali, selezionate tra quelle elencate nel D.P.C.M. 29 novembre 2001, per le quali le Regioni sono state chiamate a fissare i tempi medi di attesa;
- e) la previsione che, in caso di mancata individuazione dei tempi da parte delle Regioni, trovano applicazione i parametri temporali fissati dal legislatore statale;
- f) il recepimento da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale, con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati;
- g) la quota minima delle risorse da vincolare alla realizzazione di progetti regionali per il contenimento dei tempi di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP);
- h) l'attivazione, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste d'attesa.

L'Agenas, di recente, ha fornito un rilevante contributo alla stesura del **nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2016-2018)**, quale componente del gruppo di lavoro nominato dal Coordinamento Stato-Regioni. Ad ogni modo la previsione dell'obbligo di pubblicità dei tempi di attesa non rappresenta un'assoluta novità essendo contenuto già in altre fonti di natura pattizia o in atti di indirizzo regionali; tuttavia, la sua inclusione nel decreto sulla trasparenza e la specificazione della necessaria pubblicazione accanto ai temi di attesa previsti, rafforza inevitabilmente la portata dell'obbligo accompagnandola con specifiche sanzioni e lo colloca in un'ottica di controllo diffuso oltre che di esercizio di diritti partecipativi degli utenti, utile anche ai fini di eventuali azioni di responsabilità.

2. I casi di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e di vertice amministrativo alla luce del D.Lgs. n. 39/2013: il nuovo Regolamento di vigilanza dell'ANAC 29 marzo 2017, n. 328

Il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni", nell'ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina *ex novo* il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario.

Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, co. 9 e 11; Legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, co. 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse.

La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza. L'obiettivo della delega contenuta all'art. 1, co. 50, della Legge n. 190/2012 è, invece, quello di prevenire l'insorgere di situazioni di conflitto di interesse in grado di compromettere *ex ante* l'imparzialità del pubblico funzionario, assicurando le migliori condizioni affinché l'attività amministrativa sia sottratta ad impropri condizionamenti esterni, in ossequio ai principi sanciti dagli artt. 54 e 97 della Costituzione.

La tutela di questi principi fondamentali rinviene la propria *sedes materiae* da un lato, nel tema delle regole di comportamento del personale sanitario, dall'altro, nelle norme che regolano il conferimento degli incarichi ed il cumulo degli stessi durante il periodo di svolgimento delle funzioni direttive.

Ne deriva l'attrazione delle norme disciplinanti le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità nell'ambito della strategia complessiva di prevenzione della corruzione, della quale costituiscono uno dei principali strumenti.

Ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. n. 39/2013

La delega contenuta all'art. 1, co. 50, della Legge n. 190/2012, e la disciplina attuativa dettata dal D.Lgs. n. 39/2013, limitano l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità nel settore sanitario alle sole figure del direttore generale, sanitario ed amministrativo.

Per comprendere la scelta apparentemente "riduttiva" del legislatore, occorre partire dall'esame dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992, in base al quale tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale "sono riservati al direttore generale".

Alla direzione generale dell'azienda collaborano anche il direttore amministrativo, cui è demandata la direzione dei servizi amministrativi, e il direttore sanita-

rio, cui è demandata quella dei servizi sanitari (co. 7), entrambi nominati dal direttore generale. Agli stessi competono poteri di proposta e parere sugli atti di competenza del direttore generale.

L'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie, difatti, si esprime soprattutto nell'ampiezza dei contenuti e nella discrezionalità delle scelte contenute nell'atto aziendale, che costituisce il principale strumento di governo dell'azienda sanitaria. Nell'adozione di tale atto, è il direttore generale a compiere le principali scelte organizzative, destinate ad incidere sul contenuto e sull'ampiezza dei compiti dirigenziali assegnati, adottando le decisioni relative all'allocatione dei poteri gestionali da attribuire ai responsabili delle diverse unità. L'attribuzione al direttore generale tutti i poteri gestionali non va, tuttavia, considerata come conferimento in via esclusiva di tali funzioni ad un unico soggetto, andando piuttosto riguardata alla luce della necessità, in un'ottica aziendalistica, di garantirne un'ampia discrezionalità nell'adozione delle scelte da compiere per la distribuzione delle competenze da programmare nell'atto aziendale. A conferma del carattere non esclusivo delle competenze gestionali attribuite al direttore generale, amministrativo e sanitario, vanno esaminate le altre norme della Legge n. 502/1992, che fanno espresso riferimento ai compiti gestionali svolti da altri dirigenti sanitari.

Il riferimento è, in particolare, ai direttori di struttura complessa, cui sono attribuite, a norma dell'art. 15, co. 6, del D.Lgs. n. 502/1992, "funzioni di organizzazione della struttura", riconoscendo loro poteri di direttiva e di scelta delle decisioni da adottare per il corretto espletamento del servizio.

Considerazioni analoghe possono essere fatte per i direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e per i dirigenti responsabili di struttura, per i quali l'art. 15-bis, co. 1, della stessa legge, prevede che l'atto aziendale disciplini l'attribuzione ai medesimi delle decisioni per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

A ciò si aggiunge che, in base al co. 5 dello stesso articolo, la valutazione della performance dei direttori di struttura complessa e di dipartimento, nonché dei responsabili di struttura semplice ha ad oggetto, tra l'altro, le "strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse".

Come ribadito dalla stessa giurisprudenza amministrativa, si può quindi affermare che, "sebbene il legislatore abbia riservato una specifica disciplina per il settore sanitario considerando, espressamente, solo la dirigenza di vertice (ovvero il Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere) non può tuttavia ignorarsi che anche altri dirigenti sanitari possano avere, oltre a compiti di tipo strettamente medico-professionale, responsabilità di natura amministrativa e gestionale e che, per tale motivo, non debbano essere trattati diversamente dal complesso della dirigenza nella Pubblica Amministrazione".

Quanto detto induce, quindi, a ritenere che, in virtù del riconosciuto espletamento di rilevanti compiti di natura amministrativo-gestionale, non sia del tutto

coerente con la ratio ispiratrice del sistema l'esclusione dei direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura complessa e di struttura semplice (nella misura in cui a questi siano attribuiti effettivi compiti gestionali), dal campo di applicazione della disciplina in tema di inconfiribilità ed incompatibilità prevista per gli altri dirigenti pubblici.

Va, infine, precisato che tale estensione soggettiva, auspicata con riferimento alle predette figure, non si giustificerebbe rispetto a tutti gli altri dirigenti medici privi di incarichi gestionali. Non si può trascurare infatti, in questa sede, il particolare assetto della dirigenza sanitaria, caratterizzata dall'attribuzione formale della qualifica dirigenziale a tutti gli appartenenti in quanto rientranti nella previsione generale della c.d. "dirigenza interna". La sola attribuzione della qualifica dirigenziale, laddove accompagnata dallo svolgimento di incarichi di staff, in assenza di funzioni direttive, non sembra idonea a determinare situazioni di conflitto di interesse tali da giustificare la applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 39/2013.

Una questione non perfettamente chiarita dal legislatore sembra essere, infine, quella relativa ai medici convenzionati, liberi professionisti, titolari di un rapporto di lavoro parasubordinato con il Servizio sanitario nazionale. In virtù della peculiare disciplina del rapporto di lavoro, caratterizzato dall'assenza di un vincolo di subordinazione con il SSN e dalla prossimità al territorio di riferimento dello svolgimento dell'attività, può ritenersi auspicabile che la legge preveda specifiche ipotesi di inconfiribilità.

È possibile, a questo punto, passare ad esaminare i contenuti della disciplina dettata in tema di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi.

L'INCONFIRIBILITÀ

Per inconfiribilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle situazioni di seguito descritte:

- a) **L'Inconfiribilità in caso di condanne penali per reati contro la PA anche con sentenza non passata in giudicato**

L'art. 3, co. 1, lett. e), del D.Lgs. n. 39/2013 dispone l'inconfiribilità dell'incarico di direttore generale, sanitario e amministrativo a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale. Nel caso di condanna, anche non definitiva, sopravvenuta alla nomina, è prevista l'assegnazione del dirigente di ruolo ad altro incarico che non comporti l'esercizio di compiti di amministrazione e gestione, salva la sospensione e la messa in disponibilità nel ruolo nel caso in cui l'amministrazione non sia in grado di conferire incarichi compatibili con tale preclusione. Per i dirigenti non di ruolo, invece, è disposta la sospensione dall'incarico.

Le disposizioni sopra brevemente richiamate si sovrappongono, in parte, con quelle dettate in tema di incandidabilità dal decreto legislativo 31 dicembre

2012, n. 235, artt. 7 e 8. Tali norme, nel disciplinare le ipotesi di incandidabilità alle elezioni regionali, si occupano anche delle cariche di "componente degli organi, comunque denominati, delle unità sanitarie locali" stabilendo il divieto di ricoprirne la carica in caso di condanna, anche non definitiva, per una serie di fattispecie di reato in parte coincidenti con quelle prese in considerazione dal citato art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013.

Va ricordato che, ai sensi dell'art. 3, co. 1-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "sono organi dell'azienda sanitaria il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale". Non è escluso e, anzi, spesso avviene, che il direttore sanitario e il direttore amministrativo facciano parte di uno di questi due organi. L'art. 4, co. 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1999, n. 517, inoltre, prevede proprio che del collegio di direzione facciano parte, tra gli altri, il direttore sanitario e il direttore amministrativo: ne deriva la frequente coincidenza dell'ambito di applicazione soggettivo, oltre che oggettivo, delle norme dettate in tema di inconfiribilità ed incandidabilità per gli incarichi direttivi nelle aziende sanitarie.

La sovrapposizione di tali norme pone alcuni rilevanti problemi applicativi.

Nel caso di condanna per una delle fattispecie di reato previste soltanto dal D.Lgs. n. 235/2012, ma non anche dal D.Lgs. n. 39/2013, come conseguenza sanzionatoria di carattere amministrativo, può accadere che al medesimo soggetto, che eventualmente cumuli l'incarico di componente di uno degli organi dell'azienda con quello di direttore sanitario o amministrativo, sia revocato o sospeso (a seconda della natura definitiva o meno della condanna) soltanto il primo dei due incarichi menzionati e non anche il secondo.

Qualora, infatti, destinatario del provvedimento giurisdizionale di condanna sia il direttore amministrativo o il direttore sanitario, che rivestano anche la carica di componenti degli organi delle unità sanitarie locali, la sospensione o la revoca dell'incarico previste dal D.Lgs. n. 235/2012 potranno applicarsi soltanto con riferimento a tali ultime funzioni ma non anche con riguardo alla titolarità dell'incarico direttivo.

Ne deriva la conseguenza che, in tali fattispecie, i titolari dell'incarico di direttore sanitario o amministrativo possono continuare a svolgere il proprio incarico amministrativo gestionale, ma non anche quello di componente degli organi di governo. Si palesa, pertanto, una incongrua difformità da cui deriva un maggior rigore per la carica di componente dell'organo collegiale rispetto a quello monocratico con funzione direttiva.

Nel caso in cui la fattispecie di reato su cui interviene la condanna sia prevista da entrambe le norme, invece, la sospensione per l'incarico direttivo potrà essere applicata in virtù dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013. In questi casi, tuttavia, pur essendo identiche la sanzione ed il suo presupposto, sorgono alcuni dubbi ermeneutici, che hanno ad oggetto, in primo luogo, l'individuazione dell'organo competente ad avviare il procedimento.

In base a quanto disposto dal D.Lgs. n. 235/2012, infatti, a seguito della comunicazione a cura della cancelleria del tribunale dei provvedimenti che comportano l'obbligo di sospensione al prefetto del capoluogo della regione, questi ne dà immediata comunicazione al Presidente del consiglio dei ministri il quale, sentiti i Ministri degli affari regionali e dell'interno, adotta il provvedimento che accerta la sospensione. Tale provvedimento è poi comunicato, a cura del prefetto, al Consiglio regionale per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Per le medesime fattispecie, invece, l'art. 15, co. 1, del D.Lgs. n. 39/2013 attribuisce al Responsabile di prevenzione della corruzione di ciascuna amministrazione il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità, come quelle derivanti da condanna sopravvenuta.

Resta comunque fermo il potere dell'ANAC di sospendere la procedura di conferimento dell'incarico, nell'esercizio dei propri poteri di vigilanza.

Rivelano, inoltre, rilevanti profili di criticità l'applicazione della sanzione della revoca dell'incarico e la determinazione della durata della sospensione.

In riferimento al primo aspetto, in caso di condanna definitiva, il D.Lgs. n. 39/2013 commisura la durata della sospensione a quella dell'inconferibilità (che ha la stessa durata dell'interdizione oppure, in assenza di tale sanzione accessoria, di durata massima pari a 5 anni) fatta salva, alla scadenza di tale termine, la valutazione dell'amministrazione sulla persistenza dell'interesse all'esecuzione dell'incarico. Il D.Lgs. n. 235/2012 commina, invece, in caso di condanna definitiva, la sanzione della nullità dell'incarico e dispone l'obbligatorietà della revoca.

Riguardo alla sospensione, in caso di sentenza non definitiva, mentre quella prevista dal D.Lgs. n. 39/2013 ha una durata equiparata a quella dell'inconferibilità, quella irrogata ai sensi del D.Lgs. n. 235/2012 ha una durata massima di 18 mesi. Non è chiaro come possano essere coordinati i due diversi termini nel caso di avvio sia del procedimento di dichiarazione dell'incandidabilità che di dichiarazione dell'inconferibilità, né se i termini debbano essere sommati o piuttosto decorrano contemporaneamente per entrambe le fattispecie.

Per individuare la disciplina applicabile, con la delibera 1° luglio 2015, n. 54, l'ANAC ha adottato un criterio sostanziale, che parte dalla diversa ratio ispiratrice delle due norme. Le disposizioni sull'incandidabilità - inconferibilità dettate dal D.Lgs. n. 235/2012 sono infatti destinate a disciplinare le condizioni di accesso alle cariche politiche, laddove quelle sull'inconferibilità dettate dal D.Lgs. n. 39/2013 riguardano l'accesso agli incarichi amministrativi. La differente natura dell'incarico da rivestire, consentirebbe di delimitare l'ambito di applicazione delle norme in base ad un criterio di competenza.

Al direttore generale, al direttore sanitario ed amministrativo, in quanto rientranti nella categoria degli incarichi amministrativi, sarebbero pertanto applicabili soltanto le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 39/2013. Tale soluzione appare essere la più convincente dal punto di vista sistematico, in quanto consente di limitare al minimo le ipotesi di sovrapposizione tra norme, salvaguardando la coerenza del sistema.

Rimane, tuttavia, irrisolto il problema, sopra rappresentato, del cumulo dell'incarico direttivo con quello di componente di organo, inducendo comunque a ritenere auspicabile un intervento legislativo puntuale.

b) **L'Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale**

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all'interno delle Asl, nella fattispecie delineata dall'art. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. È, quindi, l'esistenza di un rapporto qualificato tra l'impresa privata di provenienza e il servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell'incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all'interno della Asl titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre Asl rientranti nel territorio regionale.

Manca del tutto, invece, una previsione di inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale. Una simile previsione potrebbe rendere più coerente e completo l'articolato normativo, consentendo di considerare fattispecie che, analogamente a quelle espressamente oggetto di disciplina, sono suscettibili di ingenerare perplessità sull'imparzialità nella scelta del soggetto destinatario dell'incarico.

c) **L'Inconferibilità per provenienza da incarichi politici**

Gli incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali, come già segnalato, erano già disciplinati, quanto all'inconferibilità e all'incompatibilità, dall'art. 3, co. 9, del D.Lgs. n. 502/1992. L'art. 8 del D.Lgs. n. 39/2013 recepisce alcune indicazioni già presenti nella disciplina speciale e introduce nuove ipotesi di inconferibilità. I periodi di "raffreddamento", ossia di durata dell'inconferibilità, sono commisurati, da un lato, all'importanza del coinvolgimento politico e, dall'altro, alla vicinanza territoriale dell'impegno di carattere politico con l'azienda sanitaria conferente.

Il co. 1 dell'art. 8 riproduce una delle previsioni del ricordato co. 9 dell'art. 3, relativamente a coloro che siano stati candidati, non eletti, "in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL"; in questo caso l'inconferibilità è di cinque anni. Tale disposizione appare coerente con quella dettata dall'art. 60, co. 2, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, che in tema di ineleggibilità alla carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, metropolitano, provinciale e circoscrizionale, detta per i direttori generali, sanitari ed amministrativi il divieto di svolgere le proprie funzioni nel collegio elettorale in cui si sono svolte le elezioni alle quali si sono candidati senza essere stati eletti.

I successivi commi sono relativi alle cariche politiche rivestite antecedentemente all'incarico nelle ASL a livello nazionale (co. 2 e 3), regionale (co. 4) e locale (co. 5). A livello nazionale si distingue tra cariche di governo e cariche parlamentari.

Per le prime l'inconferibilità è di due anni ma è limitata solo agli organi di indirizzo politico dei ministeri, degli enti pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale.

Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno.

A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL.

A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

La situazione di inconferibilità **non può essere sanata**.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine* non fossero note all'amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione in ordine alla insussistenza delle cause di inconferibilità. Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell'incarico ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta **la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti**.

In caso di dichiarazione mendace, per 5 anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

L'INCOMPATIBILITÀ

Per incompatibilità, invece, **si intende** l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza dell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell'incarico, a differenza della dichiarazione relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta, evidentemente, prima del conferimento ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

La causa di incompatibilità può essere appunto rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

a) **Incompatibilità con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR o per lo svolgimento in proprio di attività professionale regolata o finanziata dal SSR**

L'art. 10, co. 1, lett. a) e b), del D.Lgs. n. 39/2013 disciplina le incompatibilità connesse all'assunzione di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da part. del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale.

Questo divieto si aggiunge alla previsione, di cui all'art. 4, co. 7, della Legge n. 412/1991. Tale disposizione stabilisce, per tutto il personale del Servizio sanitario nazionale, il principio dell'unicità del rapporto di lavoro, col quale è incompatibile ogni altra forma di lavoro dipendente, pubblico o privato, nonché ogni altro rapporto di natura convenzionale con il SSN.

Lo stesso articolo fa salvo l'esercizio di attività libero professionale, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla norma, con la sola esclusione delle strutture private convenzionate col SSN.

Il divieto sancito dall'art. 10 del D.Lgs. n. 39/2013 assorbe quello, sancito dall'art. 3, co. 9, del D.Lgs. n. 502/1992 di cumulare l'incarico direttivo con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale con l'unità sanitaria presso la quale sono esercitate le funzioni.

Pur condividendo la finalità di prevenzione dei conflitti di interesse, l'art. 4, co. 7 della Legge n. 412/1991 e il D.Lgs. n. 39/2013 dettano procedimenti diversi per l'accertamento delle cause di incompatibilità, che è rimesso, nei casi disciplinati dalla Legge n. 412/1991, all'"amministratore straordinario della unità sanitaria locale", mentre, per le ipotesi di cui al D.Lgs. n. 39/2013 resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione.

Non è chiara, infine, la ragione per cui l'art. 10 del D.Lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.



L'incompatibilità sussiste, altresì, allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

b) **Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche**

L'art. 14 del D.Lgs. n. 39/2013 si occupa, infine, delle incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali, applicando il principio della coincidenza tra inconferibilità e incompatibilità.

Si pone un problema di coordinamento con le disposizioni del D.Lgs. n. 267/2000 il quale, all'art. 66, dispone che "la carica di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere è incompatibile con quella di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore della comunità montana".

Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere è demandata al tribunale competente.

Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare.

L'analisi condotta ha evidenziato certamente alcune criticità del sistema: in primo luogo, va segnalata la frammentarietà della disciplina vigente, contenuta in fonti diverse senza assicurare l'armonia del sistema. In particolare, la sovrapposizione di più procedimenti per la contestazione delle medesime fattispecie, come avviene nel caso delle incandidabilità e delle inconferibilità o nel caso delle incompatibilità con incarichi politici, di cui sopra si è dato conto, può essere foriera di prevedibili criticità sotto i seguenti aspetti:

- il pericolo di vanificare l'efficacia dell'applicazione delle norme procedurali che disciplinano la fase dell'accertamento delle cause di incompatibilità - inconferibilità. Non è prevista, infatti, alcuna tipologia di coordinamento tra i soggetti competenti ad attivare il procedimento né tra i procedimenti medesimi;
- il pericolo di compromettere un efficace svolgimento dell'attività di vigilanza: la parcellizzazione delle competenze, infatti, può avere l'effetto di polverizzare i procedimenti, rendendo inefficace o ritardando l'applicazione delle sanzioni.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, è da ritenersi auspicabile un intervento legislativo inteso a unificare i procedimenti di accertamento delle singole fattispecie, e ad incardinare in capo ad un unico soggetto i poteri di accertamento e di vigilanza sull'applicazione delle norme.

Quanto alla scelta delle ipotesi da includere nell'ambito della disciplina dettata in termini di inconferibilità ed incompatibilità, come si è già evidenziato, specie in vista del perseguimento di finalità di prevenzione della corruzione, le norme andrebbero integrate con l'ampliamento delle fattispecie previste sia dal punto di vista soggettivo che oggettivo.

Di sicuro, l'obiettivo del complesso quadro normativo è tutto in un'ottica di prevenzione, se si considera che il legislatore, di fatto, ha valutato *ex ante*, in via generale, come lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la pre-costituzione di situazioni favorevoli per lo svilupparsi di fenomeni corruttivi; il contemporaneo svolgimento di alcune attività, di regola, inquina l'azione imparziale della PA o, addirittura, come, in caso di condanna penale per reati contro la PA, anche con sentenza non definitiva, la pericolosità del soggetto deve portare l'Ente ad evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali, che comportano responsabilità almeno nelle c.d. aree a rischio corruzione (ex art. 1 co. 16, Legge n. 190/2012).

Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l'ANAC è intervenuta **con delibera 22 dicembre 2014, n. 149** a risolvere la questione applicativa, sottolineando come, in realtà, **nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell'art. 1 co. 50 punto 2) Legge n. 190/2012, vadano incluse tutte le strutture preposte all'erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.**

Successivamente, le difficoltà applicative della normativa sulle inconfiribilità/incompatibilità riscontrate dall'ANAC, hanno spinto l'Autorità ad adottare una **delibera 3 agosto 2016, n. 833**, con l'obiettivo di chiarire, da un lato, ruolo e compiti del RPCT nel procedimento di accertamento delle cause descritte dal D.Lgs. n. 39/2013 c.d. *vigilanza interna*, dall'altro, i delicati passaggi che connotano la distinta attività di verifica di quest'ultimo rispetto alla c.d. attività di *vigilanza esterna* e ai poteri di accertamento riconosciuti in capo all'ANAC.

In base a quanto previsto dall'art. 15 de D.Lgs. n. 39/2013, il RPCT **cura** anche attraverso **le misure di prevenzione del PTPC**, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto in esame; **contesta** all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconfiribilità o incompatibilità; **segnala** i casi di possibili violazioni all'ANAC, alla AGCM e alla Corte dei conti, per eventuali responsabilità amministrative.

Nel caso di violazione delle norme sulle inconfiribilità, la contestazione della violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito e rappresenta l'atto iniziale di un'attività che può essere svolta solo dall'RPC, comprensiva di due distinti accertamenti uno relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconfiribilità ed uno successivo, destinato a valutare l'elemento psicologico in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del decreto *de quo*.

A dire il vero, la disciplina vigente non sembra richiedere la sussistenza dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, limitandosi a descrivere la sanzione inibitoria (consistente nel divieto di conferire incarichi di loro competenza per 3

mesi), quasi come se fosse una conseguenza automatica della dichiarazione di nullità dell'incarico.

Sul punto l'ANAC ha ritenuto di escludere qualunque automatismo tant'è che, nonostante il silenzio della legge, con **delibera n. 67/2015**, ha provveduto a far precedere la sanzione precitata, da una verifica attenta del predetto elemento psicologico.

Accertata la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, l'**RPC dichiara la nullità della nomina** e procede alla **verifica dell'elemento soggettivo** del dolo o della colpa, anche lieve, **dei soggetti che all'atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l'incarico**, ai fini dell'applicazione della sanzione inibitoria prevista dall'art. 18.

La ragione di questa presa di posizione da parte dell'ANAC si comprende se si considera che la sanzione inibitoria che vieta all'organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo di 3 mesi, è comunque una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa che, pertanto, non può essere irrogata a prescindere da un'indagine sull'elemento psicologico di chi deve subirla.

È evidente, allora, come il RPCT è il soggetto cui la legge riconosce non solo il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica in ordine alla sussistenza di una situazione di inconferibilità, ma è anche il dominus del procedimento sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile.

Per tali motivi, come precisato nella delibera n. 833/2016 dell'ANAC, il RPCT è tenuto a differenziare la posizione del soggetto destinatario della contestazione **ex art. 15, D.Lgs. n. 39/2013**, da quella del soggetto che ha proceduto alla nomina e per il quale è prevista la sanzione **ex art. 18, D.Lgs. n. 39/2013**.

L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del decreto in esame va pubblicato sul sito dell'Ente che ha conferito l'incarico.

Nell'ipotesi in cui il RPCT riscontra, invece, una situazione di incompatibilità, è tenuto ad effettuare una contestazione all'interessato e la causa va rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza automatica dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione all'interessato dell'insorgere della causa di incompatibilità (art. 19).

Ciò comporta per il RPCT, il dovere di avviare un solo procedimento, quello di accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e, una volta accertata la sussistenza di una situazione di incompatibilità a lui spetta contestare l'accertamento compiuto. Dalla data della contestazione decorrono 15 giorni, che impongono, in assenza di una scelta da parte del soggetto che verte in una situazione di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale o di vertice e la carica in potenziale conflitto di interesse con tale incarico, l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico.

La norma che, invece, disegna ruolo e funzioni dell'ANAC in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi di vertice e dirigen-

ziali all'interno delle amministrazioni e degli enti tenuti al rispetto della presente normativa è l'**art. 16**, il quale riconosce anche "**poteri ispettivi**" e di "**accertamento di singole fattispecie di conferimento degli incarichi**".

A tali poteri si aggiunge la possibilità per l'ANAC, a seguito di segnalazione della Presidenza del Consiglio dei ministri o d'ufficio, di sospendere la procedura di conferimento dell'incarico nonché segnalare il caso alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (ex art. 16 co. 2, D.Lgs. n. 39/2013).

Il potere di sospensione della procedura di conferimento dell'incarico è quindi finalizzato a richiamare l'attenzione dell'amministrazione che sta conferendo l'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale, sulla possibile esistenza di cause di inconferibilità delle quali, però, l'amministrazione stessa può non tenerne conto, motivando opportunamente.

È evidente che il co. 2 consente all'ANAC di procedere ad una prima valutazione della situazione segnalata, diversa dall'accertamento di cui al co. 1; si tratta di una misura di tipo "cautelare" o "collaborativo" diretta a richiamare l'amministrazione sul rispetto della disciplina in materia di inconferibilità. Ciò è tra l'altro confermato dal fatto che l'Ente, nonostante le osservazioni dell'ANAC, può comunque procedere al conferimento dell'incarico, previa motivazione che tenga conto dei rilievi ricevuti in sede di conferimento.

Il co. 1 dell'art. 16 contempla, invece, **il potere di procedere all'accertamento di singole e specifiche fattispecie di conferimento degli incarichi**, su segnalazione di terzi, in occasione della richiesta di pareri da parte delle amministrazioni o d'ufficio. Tale attività, a differenza di quella contemplata al co. 2 (relativa a conferimenti *in itinere*), riguarda casi di incarichi già conferiti.

Questa attività è svolta dall'ANAC nel rispetto del principio del contraddittorio e sulla base dei documenti messi a disposizione dell'Autorità, con possibilità, in definitiva, di procedere all'audizione degli interessati (RPC, organo conferente, soggetto incaricato).

Nel momento in cui l'ANAC è chiamata, per volontà dell'amministrazione o su segnalazione, ad accertare specifici casi di incarichi già conferiti, è logico che tale accertamento è destinato a fare stato, salva sempre la possibilità di ricorrere al G.A. contro il provvedimento dell'Autorità ed ogni altra interpretazione sarebbe contraria al principio di economicità dell'azione amministrativa e renderebbe inutile l'accertamento dell'ANAC.

Ne deriva che, in tali casi, al RPCT si deve ritenere preclusa ogni altra azione di accertamento, ma residuano in capo a quest'ultimo altre funzioni:

- prendere atto dell'accertamento dell'ANAC e della conseguente nullità dell'atto di conferimento, diffidare l'interessato ad optare tra incarichi dichiarati incompatibili;
- avviare il procedimento sanzionatorio ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e, nelle ipotesi di inconferibilità, dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18. Trattasi di un procedimento

autonomo e distinto, volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito di questo procedimento il RPC, se è il caso, irroga la sanzione inibitoria corrispondente alla impossibilità, per l'organo che ha conferito l'incarico, per i successivi 3 mesi, di procedere al conferimento di incarichi di propria competenza.

In una logica di collaborazione tra i soggetti chiamati a contrastare fenomeni di corruzione, il RPCT interviene a completare l'attività di prevenzione della corruzione avviata dall'ANAC con l'accertamento di una situazione di inconferibilità, dichiarando la nullità dell'incarico inconferibile e procedendo nella verifica del presupposto indispensabile per l'irrogazione della sanzione inibitoria di cui all'art. 18.

Tali considerazioni consentono di affermare con certezza che il RPCT è il solo soggetto competente in materia di accertamento e di adozione dei provvedimenti conseguenti.

Quanto all'ANAC, quest'ultima interviene solo con un'attività di vigilanza sul rispetto della normativa contenuta nel decreto 39 e il suo eventuale accertamento, pertanto, non può che limitarsi ad una valutazione della violazione oggettiva della legge, lasciando al RPCT ogni altro atto conseguente, ivi compreso lo svolgimento del procedimento sanzionatorio o quello di diffida in caso di incompatibilità.

Per tali motivi, nell'ipotesi di "mancato adeguamento" da parte del RPCT all'accertamento compiuto dall'ANAC in base al co. 1 dell'art. 16, in considerazione del fatto che l'attività svolta dall'ANAC prevale ed è destinata ad avere un peso decisamente rilevante oltre "a fare stato", salvo ricorso al G.A.", su ogni altro accertamento svolto dall'RPC, l'Autorità ha ritenuto opportuno utilizzare il c.d. **potere d'ordine** conferito dall'art. 1, co. 3 e co. 5, della Legge n. 190/2012.

Di tale potere l'ANAC si è già occupata nella delibera n. 146/2014. L'esercizio di tale potere è volto a riportare l'azione dell'amministrazione al rispetto della legge, ma non ha un contenuto sanzionatorio, è volto ad assicurare in modo tempestivo il rispetto della legge, andando a rafforzare obblighi derivanti da disposizioni normative. Pertanto, ove l'ANAC abbia adottato atti di accertamento di situazioni di inconferibilità e incompatibilità, l'amministrazione interessata e il suo RPCT sono obbligati all'adozione degli atti conseguenti a tale accertamento. Qualora non vi provvedano, l'Autorità cui non sono attribuiti poteri sostitutivi, può esercitare il proprio potere di ordinare all'amministrazione e al RPCT di adottare gli atti consequenziali.

In definitiva, l'ANAC è nelle condizioni di poter ordinare al RPCT rimasto inerte dopo l'accertamento di confermare le risultanze emerse, oppure, la rimozione dell'atto che si discosti da quelle risultanze. Dal momento che all'ANAC non è riconosciuto in questi casi l'esercizio di un potere sanzionatorio, si riserva la possibilità di coinvolgere, tramite apposita segnalazione, le autorità competenti per l'accertamento di eventuali responsabilità disciplinari o amministrative o penali

del RPCT inerte o che adotta atti contrari agli accertamenti che essa ha già effettuato e di pubblicare tali segnalazioni sul proprio sito.

In tale contesto normativo, giova altresì, includere il "*Nuovo Regolamento*" adottato **con delibera 29 marzo 2017, n. 328**, che disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconfirmità e incompatibilità di incarichi, a norma del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, nonché sul rispetto delle regole sull'imparzialità dei pubblici funzionari.

L'attività di vigilanza si conforma agli indirizzi, alle prescrizioni e agli obiettivi indicati dal Presidente e dal Consiglio dell'Autorità, sulla base della direttiva programmatica che viene elaborata entro il 31 dicembre di ogni anno.

Il Regolamento definisce, pertanto, le procedure per l'attuazione delle attività di vigilanza, le modalità di presentazione delle segnalazioni, l'avvio del procedimento di vigilanza.

In particolare, il regolamento prevede l'approvazione da parte dell'ANAC di uno specifico "Piano Annuale delle ispezioni" redatto in conformità alle "Linee Guida per lo svolgimento delle ispezioni".

L'attività di vigilanza può essere avviata d'ufficio o su segnalazioni presentate all'Autorità secondo le modalità di cui all'art. 5 del medesimo Regolamento n. 328/17 o prodotta dal c.d. *whistleblower* (dipendente che segnala illeciti).

Il modulo di segnalazione è compilato con chiarezza, corredato della eventuale documentazione giustificativa, firmato e accompagnato da copia di un documento d'identità. Il segnalante indica altresì l'indirizzo preferibilmente PEC, cui possono essere indirizzate le eventuali comunicazioni dell'Autorità.

Nel caso non sia utilizzato il modulo disponibile sul sito ANAC, la segnalazione firmata e corredata di documento d'identità deve comunque indicare e documentare gli elementi rilevanti. Le segnalazioni devono essere inviate all'ANAC a mezzo PEC.

Per quanto concerne le "segnalazioni anonime", sono considerate tali, quelle che non rechino sottoscrizione; rechino sottoscrizione illeggibile; pur "apparendo" riferibili a un soggetto, non consentano comunque di individuarlo con certezza. Le segnalazioni anonime sono archiviate, a meno che riguardino fatti di particolare rilevanza o gravità e presentino informazioni adeguatamente circostanziate che consentano di avviare un autonomo procedimento di vigilanza.

Le segnalazioni sono comunque archiviate nel caso di manifesta infondatezza della segnalazione; contenuto generico o mero rinvio ad allegata documentazione o corrispondenza intercorsa tra le parti; manifesta incompetenza dell'Autorità in tema (in tal caso ove ne ricorrano i presupposti, l'Autorità procede all'invio della segnalazione alla Procura della Repubblica e/o alla Procura della Corte conti); questioni di carattere prevalentemente personale del segnalante, tese ad ottenere l'accertamento nel merito di proprie vicende soggettive; nel solo caso di attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione (Delibera 329/2017), nel caso di segnalazione concernente dati per i quali non è previsto per legge, alcun obbligo di pubblicazione. L'archiviazione è comunicata al segnalante se ne ha fatto espressa richiesta.

Rilevante è la previsione che l'Autorità può procedere ad attività di vigilanza anche con riferimento a segnalazioni già oggetto di archiviazione in caso di sopravvenuti elementi di fatto o di diritto.

L'Autorità può decidere di non avviare il procedimento di vigilanza ovvero sospenderlo qualora penda ricorso giurisdizionale amministrativo avente il medesimo oggetto.

Ad ogni modo, le segnalazioni concernenti fatti di rilievo penale o contabile possono essere trasmessi dall'Autorità, che fa salva i propri poteri di vigilanza (se competente in merito), alla Procura della Repubblica e/o alla Procura della Corte dei conti.

Il procedimento di vigilanza si conclude, salvo i casi di archiviazione o di presa d'atto del conformarsi della amministrazione alle indicazioni dell'Autorità, in caso di vigilanza sugli obblighi di inconfiribilità e incompatibilità, con uno dei seguenti atti:

- 1) presentazione di osservazioni e rilievi su atti di conferimento di incarichi non ancora perfezionati
- 2) accertamento di specifiche situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità
- 3) ordine di adottare atti e provvedimenti conseguenti all'accertamento di situazioni di inconfiribilità/incompatibilità
- 4) atto con il quale l'Autorità registra che l'amministrazione ha adottato, nel caso esaminato, buone pratiche amministrative meritevoli di segnalazione.

Il termine per la comunicazione di avvio del procedimento a seguito di segnalazione decorre dalla data di ricevimento della stessa ed è di, regola, di 60 giorni.

La comunicazione è inviata al RPCT, all'interessato, all'organo di indirizzo che ha conferito l'incarico e al segnalante.

Possono partecipare all'istruttoria i soggetti destinatari della comunicazione di avvio del procedimento e altri soggetti portatori di interessi diretti, concreti ed attuali che ne facciano richiesta entro 30 gg. dalla comunicazione o conoscenza di avvio del procedimento. I soggetti che partecipano all'istruttoria hanno facoltà di accedere ai documenti del procedimento e di presentare memorie scritte, documenti, deduzioni o pareri. L'Autorità può chiedere per iscritto informazioni e/o documenti indicando il termine entro il quale dovrà pervenire la risposta o dovrà essere esibito il documento.

I destinatari della comunicazione di avvio del procedimento possono essi stessi presentare istanza di audizione entro 10 giorni.

Per quanto riguarda, invece, le ispezioni, sono svolte da apposito team, con la collaborazione della Guardia di Finanza. Al termine dell'attività ispettiva, l'ispettore redige apposita relazione all'ufficio richiedente.

Il procedimento si chiude in 120 giorni con:

- redazione di apposita delibera consiliare ANAC avente ad oggetto uno degli atti sopra indicati di conclusione del procedimento di vigilanza;

- il dirigente dell'ufficio di vigilanza può, altresì, adottare una propria nota, previamente autorizzata dall'ANAC, avente ad oggetto la comunicazione di presa d'atto della volontà dell'Ente di conformarsi alle prescrizioni vigenti, indicando gli atti che intende adottare;
- il procedimento è chiuso in forma semplificata con apposito atto del dirigente dell'ufficio di vigilanza, previa autorizzazione del Consiglio dell'ANAC e comunicazione all'Ente che può formulare controdeduzioni entro 10 giorni, quando nel quadro normativo e/o giurisprudenziale non sussistono dubbi interpretativi in ordine alla fattispecie o è applicabile alla stessa una precedente pronuncia dell'Autorità.

Gli atti conclusivi del procedimento sono comunicati al RPCT, all'Ente nonché agli eventuali segnalanti e pubblicati sul sito ANAC.

L'Ente interessato è tenuto a comunicare all'Autorità gli atti che intende assumere ed il termine di relativa adozione.

In caso di mancato riscontro e di comunicazione, il Consiglio dell'ANAC ne formalizza atto di contestazione e lo pubblica sul proprio sito.

Alla luce dell'analisi del D.Lgs. n. 39/2013 e degli atti interpretativi dell'Autorità, è evidente che incombe anche sugli enti appartenenti al SSN l'obbligo di procedere ad una attuazione concreta della normativa, in considerazione anche delle responsabilità che scattano in caso di violazione delle disposizioni contenute nel decreto esaminato. A tali considerazioni va aggiunto che la disciplina esaminata è a tutti gli effetti una delle misure di prevenzione della corruzione più importanti, motivo per cui, spetta a ciascun Ente indicare nel PTPCT le azioni in concreto da intraprendere.

A tal proposito si rinvia alla modulistica allegata e precisamente alla direttiva e ai moduli specifici al fine di consentire al personale sanitario di dichiarare la propria posizione ed eventualmente segnalare situazioni di anche di potenziale conflitto di interessi.

Tale attività va necessariamente accompagnata da un'attività di verifica e monitoraggio sulle dichiarazioni acquisite che compete al RPCT.

3. Il D.P.R. n. 62/2013 e la linea guida per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN del 29 marzo 2017, n. 358

In passato, il Codice di Comportamento era considerato uno strumento in grado di tracciare i doveri minimi di condotta che dovevano caratterizzare *l'agere* dei dipendenti pubblici e delimitare con esattezza comportamenti leciti e illeciti.

Con la Legge n. 190/2012 e le modifiche apportate dall'art. 1 co. 44 all'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, l'idea di Codice di Comportamento muta e per la prima volta il legislatore sottolinea l'importanza della sua adozione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, agganciandola al raggiungimento di specifiche finalità, quali la qualità dei servizi, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, ma soprattutto alla

prevenzione dei fenomeni di corruzione. Il Governo, infatti, fu investito del compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti ed è stato all'uopo adottato il D.P.R. n. 62/2013, che ha rappresentato una cesura tra passato e presente e tra vecchi e nuovi codici di condotta.

E così dalla lettura **degli artt. 3, 4, 5 ed 11 del D.P.R. n. 62/2013** è possibile cogliere un precedente nei pregressi codici di condotta, **il cambio di rotta lo si scorge, invece, negli artt. 6, 7, 8 e 9** che disciplinano le ipotesi di conflitto di interesse del dipendente pubblico unitamente al rispetto delle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, al dovere di astensione, alla trasparenza e alla tracciabilità dei processi decisionali adottati da coloro che lavorano in una struttura pubblica.

L'obiettivo principale è far sì che il dipendente nel quotidiano rispetti le regole comportamentali evitando di sfruttare la propria posizione al fine di ottenere regalie, e al tempo stesso, affiancare ai doveri che scaturiscono dallo svolgimento dell'attività lavorativa anche i doveri che assicurano l'indipendenza personale del dipendente e l'imparzialità nello svolgimento di funzioni affidate per la cura di interessi pubblici.

Tale precisazione contenuta nel co. 1 dell'art. 54 e poi ripresa nel co. 3 del medesimo articolo, da un lato, evidenzia la necessità di ascrivere rilievo disciplinare alla violazione dei precitati doveri, tanto che il legislatore ha optato per una modifica del D.Lgs. n. 165/2001, dall'altro, ha segnato una svolta, nell'analisi della condotta del dipendente pubblico, tenuto oggi ad improntare il suo comportamento non solo al rispetto dei principi che caratterizzano l'azione amministrativa (legalità, etica e trasparenza), ma anche al rispetto delle misure di prevenzione della corruzione inserite nel Piano Triennale di prevenzione della corruzione. Di conseguenza, la violazione dei doveri rileverà non solo ai fini della individuazione di una responsabilità disciplinare, ma anche ai fini della correttezza dell'*agere* amministrativa del dipendente pubblico nell'approccio al provvedimento da adottare, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo, senza tralasciare l'ulteriore aspetto, che essendo il codice di comportamento una misura di prevenzione, la violazione delle regole in esso descritte, rileverà anche ai fini di una responsabilità civile, amministrativa e contabile, ogni qualvolta le stesse siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

Gioca, altresì, un ruolo fondamentale l'attività di armonizzazione delle previsioni contenute nel Codice di Comportamento con quanto previsto, in termini di misure di prevenzione nel Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato dall'Ente sanitario, a conferma del fatto che vanno previste anche misure anticorruzione attuative del Codice di Comportamento e che la strategia di contrasto alla corruzione, impone che sussista un concreto aggancio non solo con i documenti programmatici ai fini della fissazione degli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, ma anche con le c.d. regole di condotta cui devono uniformarsi i dipendenti nello svolgimento del proprio lavoro quotidiano.

Non a caso, gli artt. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 del D.P.R. n. 62/2013 celano proprio questa esigenza, motivo per cui, da un lato, il Codice di Comportamento che l'ente si trova ad adottare dovrà a sua volta specificare e contestualizzare il contenuto dei precitati articoli, dall'altro, il PTPCT aziendale dovrà recare misure attuative delle previsioni riportate nel precitato Codice.

Tra le misure attuative del Codice di comportamento da prendere in considerazione nei piani di prevenzione, vanno sicuramente annoverate:

- il monitoraggio delle situazioni di conflitto di interessi, misura di prevenzione da porre in collegamento all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013, che disciplina il conflitto di interessi ed impone al dipendente l'obbligo di segnalare al superiore gerarchico la situazione di conflitto. Qualora in conflitto si trovi il Dirigente, la segnalazione andrà fatta al RPCT, che deciderà nel merito;
- il *whistleblowing* che si collega all'art. 8 del D.P.R. n. 62/2013 e che impone all'ente, oggi, più che mai, alla luce della nuova Legge n. 179/2017, di dare concreta attuazione alle previsioni in essa contenute in termini di tutela dell'anonimato, nell'ipotesi in cui un dipendente decide di segnalare un illecito di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro;
- lo svolgimento di incarichi extraistituzionali, misura di prevenzione che prevede l'obbligo di astensione dei dipendenti dallo svolgere incarichi non autorizzati;
- la trasparenza, misura di prevenzione trasversale, collegata alla previsione contenuta nel D.P.R. n. 62/2013, che si traduce nel rispetto degli obblighi di pubblicazione e delle nuove forme di accesso civico contemplate nel D.Lgs. n. 33/2013, al fine di garantire a chiunque la conoscibilità dei processi decisionali.



A tali misure si aggiunge la rotazione del personale, considerata dall'Autorità una delle misure di prevenzione più importanti nella lotta alla corruzione e la formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza.

Di qui la necessità di una revisione di quei Codici di Comportamento che non recano un effettivo collegamento al PTPCT.

Secondo quanto previsto dall'art. 54, co. 5, D.Lgs. n. 165/2001 e dall'art. 1 co. 2 del Codice, **ciascuna amministrazione deve adottare un proprio Codice di Comportamento**, previo parere obbligatorio del proprio OIV.

In maniera innovativa, poi, **l'art. 2 co. 3 del D.P.R. n. 62/2013** prevede **l'estensione degli obblighi di condotta** anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti dell'amministrazione, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a

qualsiasi titolo di imprese fornitrici di servizi in favore della PA A tal fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni della collaborazione, delle consulenze o dei servizi, le amministrazioni inseriscono **appropriate disposizioni o clausole di risoluzione del rapporto** in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice.

Stesso discorso vale anche per gli enti del SSN ed è per questo motivo che l'ANAC di intesa con il Ministero della salute e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (c.d. AGENAS) ha adottato la **delibera 29 marzo 2017, n. 358**, frutto di un lavoro congiunto messo in campo al fine di orientarli nell'adozione del Codice di Comportamento e fornire loro indicazioni pratiche, in modo da contestualizzare il più possibile le previsioni contenute nel Regolamento (il D.P.R. n. 62/2013), che rappresenta in ogni caso la base giuridica di riferimento di ciascun Codice.

Il nuovo Codice di comportamento pensato per le strutture sanitarie dovrà, in definitiva, da un lato, rinviare ai principi contenuti nel Regolamento (diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta), che devono contraddistinguere chi opera in un ente appartenente al SSN, dall'altro, dovrà includere i valori racchiusi nel Codice Etico e quindi, l'insieme dei diritti e doveri che devono qualificare il corretto svolgimento della prestazione lavorativa, quali: integrità, indipendenza ed imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché quelli di centralità della persona, obiettività ed indipendenza nell'attività di sperimentazione, ricerca e tutela della riservatezza, oltre ad un'analisi delle responsabilità che possono configurarsi in capo a Direttori di UU.00.CC, UU.OO.SS, a valenza Dipartimentale e, in generale, a tutto il personale dirigente e dipendente, afferente al settore sanitario e amministrativo, compresi consulenti e collaboratori.

Tale precisazione implica, altresì, che nei bandi di gara, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione di collaborazioni esterne, consulenze o dei servizi, siano inserite clausole che prevedano sia il rispetto delle regole fissate nel Codice di Comportamento che la risoluzione o la decadenza del rapporto in caso di violazione dei doveri in esso esplicitati.

La linea guida n. 358/2017 si sofferma poi, su alcuni aspetti delicati, quali le situazioni di conflitto di interessi, la tutela del dipendente che segnala illeciti, rapporti con gli informatori farmaceutici, le attività di sperimentazione e ricerca, la previsione di norme di condotta correlate a processi a rischio secondo la suddivisione contenuta nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC.

Al fine di rendere reale l'aggancio tra il PTPCT e il Codice Etico e Comportamentale adottato dall'ente sanitario, sarebbe opportuno individuare le aree a rischio corruzione, suddividerle in "obbligatorie", "generali" e "specifiche", identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione della singola azienda/istituto, in modo da individuare per ciascun processo specifiche regole di condotta che dovranno uniformarsi a quanto indicato nel PTPCT in termini di azioni concrete da intraprendere.

In definitiva, la delibera ANAC n. 358/17 suggerisce agli enti l'inclusione nel Codice di Comportamento di un paragrafo che a seconda delle attività maggiormente svolte dall'ente, focalizzi l'attenzione su alcune di esse a rischio corruzione. Se ne riportano solo alcune a titolo esemplificativo:

ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Come accennato in precedenza, i rischi concreti legati all'assenza di linee guida in materia, impongono a ciascuna struttura di affrontare il problema della gestione di questo servizio anche in sede di elaborazione del PTPCT, prevedendo oltre a specifiche misure di prevenzione anche importantissime regole di condotta all'interno dei codici di comportamento. Si riportano alcune regole che andrebbero inserite nel Codice di Comportamento:

- a) il divieto per il personale dipendente di comunicare in anticipo un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri;
- b) il divieto di segnalare ai parenti una specifica impresa di onoranze funebri;
- c) non accettare regali o quote degli utili da parte di imprese di onoranze funebri;
- d) il divieto di accettare regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI

Tale attività è stata considerata un'ulteriore area di rischio specifica di cui si deve necessariamente dar conto nel PTPCT, attraverso la descrizione di questo processo che include una fase autorizzatoria e quella di effettivo svolgimento dell'attività senza interferenze con l'attività istituzionale. Di qui la necessità di inserire regole di condotta puntuali nel Codice di Comportamento quali:

- a) il divieto di esercitare l'attività libero-professionale in sostituzione di quella ordinaria;
- b) il rispetto della normativa fiscale di riferimento per l'attività espletata al di fuori dell'Azienda;
- c) il divieto di indirizzare i pazienti presso strutture sanitarie private favorendo professionisti esterni all'Azienda;
- d) il dovere di informare correttamente i pazienti sui percorsi aziendali;
- e) il divieto di favorire nel percorso istituzionale pazienti trattati in regime di libera professione;
- f) l'obbligo di tenere distinta l'attività istituzionale da quella in libera professione e garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione.

CONTRATTUALISTICA E ATTIVITÀ NEGOZIALE

Il settore degli acquisti in sanità si presenta alquanto delicato se si considera il numero dei soggetti coinvolti nelle procedure di approvvigionamento e i nume-

rosi interessi ad esse sottesi. Ciò in quanto, il più delle volte, coloro che propongono l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i beni acquistati, oltre al fatto che i prodotti sanitari presentano un elevato contenuto tecnico, motivo per il quale il loro acquisto deve ispirarsi a logiche di tutela del bene salute, piuttosto che essere legato a tornaconti personali.

Per tali motivi, da un lato, è necessario che nel PTPCT dell'Ente siano descritte tutte le procedure di approvvigionamento, i contratti che vengono conclusi con individuazione precisa di almeno un rischio legato a ciascuna procedura e le misure di prevenzione previste in relazione alla procedura descritta (esempio, una corretta programmazione degli acquisti, una regolamentazione del problema della fungibilità o infungibilità, l'adozione del Patto di integrità, la rotazione dei commissari di gara, ecc.), dall'altro, vanno descritte regole di condotta specifiche al fine di:

- a) evitare accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara, volti a manipolarne gli esiti, tramite l'utilizzo del meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- b) definire i requisiti tecnico-economici di accesso alla gara in modo trasparente ed oggettivo in modo da non favorire un'impresa a discapito delle altre;
- c) non rivelare e non utilizzare segreti d'ufficio volti a favorire un concorrente;
- d) non utilizzare in modo distorto il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
- e) non utilizzare la procedura negoziata e non abusare dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- f) non ammettere varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire maggiori guadagni;
- g) tutelare la libertà e il regime di concorrenza nello svolgimento di gare pubbliche;
- h) astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto e negli altri casi previsti dalla legge;
- i) non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti;
- k) rispettare, nell'ambito delle procedure di affidamento, i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, imparzialità nonché quello di pubblicità secondo quanto previsto dal Codice dei contratti;
- l) Il personale medico è tenuto a prescrivere i farmaci secondo le migliori scelte di terapia farmacologica nel rispetto dei principi deontologici e di imparzialità sulla base dei prontuari del farmaco e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti aziendali.

FARMACEUTICA, RICERCA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Trattasi di un'altra delicatissima area specifica a rischio corruzione che necessita di particolare attenzione.

Riguardo alla farmaceutica e alle sperimentazioni cliniche, si suggerisce di inserire le seguenti regole di condotta:

- a) acquisire, prima di avviare qualunque studio clinico che s'intende condurre presso l'Azienda, il parere del Comitato Etico e l'autorizzazione della Direzione aziendale;
- b) adottare metodi di ricerca appropriati, rispettando le norme ed i regolamenti relativi alla ricerca, le condizioni contrattuali ove presenti, i principi etici e deontologici che ispirano l'attività medica, devono basare le conclusioni sull'analisi critica dei dati e comunicare in modo completo ed obiettivo i risultati ottenuti e la loro interpretazione;
- c) tenere una documentazione chiara ed accurata di tutte le loro ricerche, in modo tale da consentire ad altri di verificare e replicare il loro lavoro;
- d) osservare le istruzioni, le direttive e le raccomandazioni del Comitato Etico e forniscono allo stesso rapporti sullo stato di avanzamento della sperimentazione;
- e) acquisire le necessarie autorizzazioni rilasciate dalla Direzione aziendale e dalle Autorità competenti a ciò preposte;
- f) condurre le sperimentazioni cliniche senza compromettere il corretto espletamento dell'attività istituzionale, che va sempre e comunque anteposta a qualsiasi altra attività;
- g) dichiarare alla Direzione aziendale e al Comitato Etico i conflitti di interessi, finanziario o di altra natura, che potrebbero compromettere la credibilità del loro lavoro, sia in proposta di ricerca, articoli scientifici e comunicazioni pubbliche, quanto in ogni attività di valutazione del lavoro altrui;
- h) comunicare alla Direzione aziendale e al Comitato Etico Autorità competenti ogni sospetto caso di disonestà nella ricerca, inclusi la falsificazione e la manipolazione impropria dei dati, il plagio e altre pratiche irresponsabili che minano l'attendibilità della ricerca quali incuria, impropria inclusione o esclusione di autori, omissione di appropriati controlli o impiego di metodi analitici ingannevoli;
- i) contribuiscono a creare e sostenere un ambiente lavorativo che incoraggi l'integrità della ricerca, attraverso l'educazione, l'istituzione di regole chiare, e l'adozione di criteri aggiornati e rigorosi;
- j) garantire che tutti i costi della ricerca siano adeguatamente coperti con fondi dedicati e che i rapporti con lo *sponsor* siano trasparenti e documentati;
- k) non accettare, direttamente in favore dei soggetti (persone fisiche) coinvolti nella sperimentazione clinica, pagamenti a titolo di corrispettivo per l'attività di sperimentazione clinica considerato l'obbligo per i promotori delle sperimentazioni cliniche di effettuare pagamenti solo in favore delle istituzioni di afferenza. Non va sottovalutata la descrizione nel PTCPT di questa area a rischio corruzione con un'analisi delle azioni di prevenzione messe in atto concretamente dall'Ente sanitario.



Si consiglia per ogni comportamento descritto nel Codice di Comportamento di prevedere una misura/azione concreta nel PTPCT; solo così si realizza il collegamento che auspica la delibera n. 358/17.

La linea guida prosegue poi, in relazione all'attività assistenziale segnalando la predisposizione di questionari per la rilevazione della qualità della prestazione ricevuta dal paziente durante l'assistenza, che l'Autorità auspica tradotto in diverse lingue, in considerazione dello stato attuale in cui versa il nostro Paese. Il questionario andrà predisposto in forma anonima, con previsione al suo interno di una sezione sulle osservazioni a cura dell'utente, riguardanti la sua percezione di eventuali anomalie nel periodo in cui è stato in contatto con gli operatori della struttura. Il questionario compilato dovrà pervenire direttamente al Responsabile/Direttore dell'UU.OO.CC., dipartimentale, per poi essere trasmesso al RPCT nell'ipotesi in cui le anomalie siano da ricondurre alla sua attività.

Spetta a ciascun ente garantire la più ampia conoscenza del Codice di Comportamento e il massimo rispetto delle prescrizioni in esso contenute.

L'Autorità auspica, al fine di garantire un adeguato monitoraggio e flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, che ciascun ente stabilisca a carico dei responsabili delle singole strutture di cui si compone l'ente sanitario, la predisposizione di una relazione annuale da consegnare all'Ufficio di disciplina e al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate.

Si segnala, infine, a conferma dell'importanza di predisporre un Codice di Comportamento in linea con la normativa vigente e gli atti interpretativi dell'Autorità, l'entrata in vigore del "*nuovo Regolamento*" adottato **con delibera 29 marzo 2017, n. 328**, che disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi, nonché sul rispetto delle regole sull'imparzialità dei pubblici funzionari. Per tutto quanto concerne le procedure per l'attuazione delle attività di vigilanza, le modalità di presentazione delle segnalazioni, l'avvio del procedimento di vigilanza si rinvia a quanto detto in precedenza nel paragrafo 2 che affronta la tematica dell'inconfiribilità/incompatibilità.



CAPITOLO IV
LA MODULISTICA DI RIFERIMENTO

1. Bozza Codice di Comportamento

TITOLO I:
DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1 - Natura e finalità

Il presente Codice di Comportamento conformemente a quanto disposto dall'art. 54 co. 5 del D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e dall'art. 1 del Decreto del Presidente della Repubblica 8 aprile 2013 n. 62 "Regolamento sul codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165", definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico che i dipendenti e il personale operante presso _____ sono tenuti ad osservare.

Il presente Codice, come indicato dalla normativa vigente, include quello "Etico", facendone un unico testo ed individuando il complesso di principi, valori, diritti e doveri nonché le norme etiche e le responsabilità a cui dirigenti, dipendenti e collaboratori (di seguito anche i "destinatari") si attengono nello svolgimento della loro attività e nei confronti degli *stakeholders* o portatori di interessi, con i quali si trovano quotidianamente ad interagire.

I principi in esso contenuti costituiscono specificazioni esemplificative dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa. In particolar modo richiama l'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza ed imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché quelli di centralità della persona, umanizzazione delle cure, accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione, ricerca e tutela della riservatezza.

Le disposizioni del Codice integrano quelle previste dal Regolamento sulla base delle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'adozione di codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale, tenendo anche conto dell'ordinamento vigente in materia di responsabilità disciplinare, come declinata dai CCNL delle aree di contrattazione collettiva del personale del SSN.

Il presente Codice sostituisce il precedente approvato con deliberazione n. ____ del _____ ed è aggiornato per normativa sopravvenuta, in particolare, determinazione ANAC 29 marzo 2017, n. 358 "linee guida per l'adozione di un Codice di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" elaborate di intesa ANAC - AGENAS.

Il Codice è il risultato del coinvolgimento degli stakeholders ed è approvato da _____ previa acquisizione del parere obbligatorio dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il Codice afferma la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance promossa dalla Direzione Strategica aziendale che annualmente traccia gli obiettivi in coerenza con la politica della qualità.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Il presente Codice si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per la struttura sanitaria e precisamente:

- a) i componenti della Direzione Aziendale;
- b) tutti i dipendenti dell'Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, compresi i medici in specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati;
- c) i dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, vincolati da un rapporto di lavoro con l'ente;
- d) soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- e) componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice aziendale e soggetti impiegati presso i suddetti uffici;

- f) personale operante nelle c.d. aree a rischio generale o specifico”;
- g) i titolari di contratto di lavoro flessibile, di incarichi di lavoro autonomo;
- h) i collaboratori, consulenti ed esperti con qualsiasi tipologia di contratto o incarico conferito a qualsiasi titolo;
- i) i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Nei bandi di gara, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, consulenze o dei servizi, per quanto attiene ai soggetti di cui alle lettere e), h) ed i), sono inserite apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e dal Regolamento di cui al D.P.R. n. 62/2013.

Al momento dell'istituzione del rapporto di lavoro, l'ente consegna copia del Codice di Comportamento e dichiarazione di presa d'atto sottoscritta dal soggetto tenuto al rispetto del Codice.

TITOLO II: NORME DI COMPORTAMENTO GENERALI

Art. 3 - Obblighi generali

1. I dipendenti osservano la Costituzione, servendo la Nazione con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. Essi svolgono i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.
2. I dipendenti rispettano altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agiscono in posizione di indipendenza e imparzialità astenendosi in caso di conflitto di interessi.
3. I dipendenti non usano a fini privati le informazioni di cui dispongono per ragioni d'ufficio, evitano situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine dell'ente. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.
4. I dipendenti esercitano i propri compiti orientando l'azione alla massima economicità. Efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.
5. Nei rapporti con l'utenza, i dipendenti assicurano la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sul pubblico o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, credo o religione, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori.
6. I dipendenti mostrano la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con altre pubbliche amministrazioni o enti, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.
7. L'attività svolta impone di porre al centro il cittadino-utente e di riflesso, di preservare, nella produzione di servizi, il fattore umano; inoltre, in relazione alla particolare delicatezza del servizio offerto, si richiama il rispetto dei Regolamenti aziendali costituendo essi stessi necessario vincolo all'esercizio delle specifiche attività, da parte dei soggetti cui è fatto obbligo di iscrizione in appositi albi professionali.
8. In considerazione della natura della prestazione lavorativa, volta alla tutela della salute, quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, tutto il personale deve tenere un comportamento ispirato ai principi generali enunciati nel D.P.R. n. 62/2013. In particolare, per il dipendente sussiste:
 - il divieto di usare la propria posizione e i poteri pubblici di cui è titolare per finalità diverse da quelle per le quali sono stati conferiti dalla legge;
 - l'obbligo di astenersi in caso di conflitto di interessi anche solo potenziale;

- il divieto di usare per fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni d'ufficio o tenere comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine dell'Ente;
- il divieto di promettere vantaggi o prospettare svantaggi di carriera per ottenere utilità;
- il divieto di usare illecitamente risorse affidate;
- il divieto di anticipare l'esito di decisioni o azioni proprie o inerenti l'ufficio;
- l'obbligo di improntare i rapporti con i colleghi alla massima correttezza;
- l'obbligo di anteporre, nei rapporti con gli utenti, e, in particolare con i pazienti, il valore dell'assistenza sanitaria su ogni altro;
- l'obbligo di riservatezza nello svolgimento delle prestazioni sanitarie.

Il personale sanitario nella erogazione delle prestazioni sanitarie si impegna:

- al pieno rispetto dei principi posti a tutela dei Diritti del Malato;
- a non utilizzare strumenti di persuasione di natura scientifica o di altro tipo i cui contenuti siano ingannevole o non veritieri, ma a fornire tutte le informazioni necessarie ai pazienti e ai loro parenti, mettendoli al corrente del percorso di cura al fine di garantire la sottoscrizione consapevole del consenso informato e una relazione medico paziente improntata alla chiarezza e correttezza;
- a tenere un comportamento imparziale evitando di creare situazioni di disparità di trattamento o posizioni di privilegio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- a non accettare regali o favori che eccedano normali pratiche di cortesia o che siano finalizzate al conseguimento da parte dell'utenza di trattamenti di favore nell'espletamento delle attività dell'ente. Il principio è riferibile sia ai regali promessi od offerti sia a quelli ricevuti, intendendosi per regalo qualsiasi utilità o vantaggio per l'ente stesso e/o i dipendenti.

L'Ente si impegna a rendere accessibili notizie, comunicati stampa, dati ed informazioni scientifiche, nonché fatti ed eventi aziendali, sul proprio sito istituzionale, nonché su *social network* o su pubblicazioni scientifiche, in modo da permetterne l'agevole conoscibilità.

Art. 4 - I Regali e compensi

I dipendenti non chiedono, né sollecitano, per sé o per altri, regali o altre utilità.

I dipendenti non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente, nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. Per regali di modico valore si intendono quelli che singolarmente o sommati ad altri pervenuti al medesimo soggetto nella medesima occasione, non superino il valore di 150 euro anche sotto forma di sconto.

È fatto divieto assoluto:

- di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualunque titolo o altro strumento di pagamento sostitutivo del denaro;
- di accettare regali sotto qualunque forma da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto;
- di percepire corrispettivi di qualsiasi natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

Non si intendono ricompresi nella fattispecie vietata di cui al precedente comma, e sono ammessi, i gadget promozionali distribuiti da case editrici o ditte fornitrici, quali agende, calendari.

I regali e le altre utilità eccedenti quelle di modico valore, sono immediatamente consegnati al Direttore della struttura di appartenenza, che li mette a disposizione dell'ente.

Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità della struttura sanitaria, vigilano sulla corretta applicazione del presente articolo, i direttori responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l'ufficio di disciplina e il RPCT.

Il dipendente non deve accettare incarichi di collaborazione, consulenza, ricerca, studio o di qualsiasi altra natura, con qualsivoglia tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo (oneroso o gratuito), da soggetti privati (persone fisiche o giuridiche) che:

- siano, o siano stati nel biennio precedente, aggiudicatari di appalti, sub-appalti o concessioni di lavori, servizi o forniture, nell'ambito di procedure curate personalmente o dal servizio di appartenenza, in qualsiasi fase del procedimento ed a qualunque titolo;
- abbiano, o abbiano ricevuto nel biennio precedente, vantaggi economici di qualunque genere, nell'ambito

di procedure curate personalmente o dal servizio di appartenenza, in qualsiasi fase del procedimento ed a qualunque titolo;

- siano, o siano stati nel biennio precedente, destinatari di procedure tese al rilascio di provvedimenti a contenuto autorizzatorio, concessorio o abilitativo (anche diversamente denominati), curate personalmente o dal servizio di appartenenza, in qualsiasi fase del procedimento ed a qualunque titolo.

Il dipendente non deve chiedere e/o accettare benefit impropri per uso privato, quali, a titolo esemplificativo: - eccedenze di fornitura conseguenti ad acquisti; - campioni gratuiti di beni in quantità superiore a quanto previsto dalla normativa o da specifiche procedure aziendali; - doni che, seppur presentati con valore al di sotto della soglia consentita, siano percepiti dal ricevente di valore superiore e/o siano elargiti con ricorrenza; - comodati d'uso e valutazioni in prova che non siano stati autorizzati dalla direzione aziendale e il cui impiego non sia pertinente alle funzioni svolte dal soggetto e/o dalla Unità Operativa presso cui lo stesso è incardinato; - benefici economici a qualunque titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra ufficio.

I Dirigenti di Struttura Complessa, Dipartimentale, di presidio o Distretto ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione vigilano sulla corretta applicazione del presente articolo.

Art. 5 - Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Il dipendente che abbia aderito o abbia intenzione di aderire ad una associazione organizzazione è tenuto alla relativa dichiarazione al fine di consentire all'Amministrazione una valutazione preliminare, sulla base degli scopi e degli ambiti di attività della associazione/organizzazione stessa, delle eventuali ipotesi di insorgenza del conflitto.

L'adesione ad associazioni, circoli od altri organismi di qualsiasi natura, le cui finalità abbiano relazioni con l'attività istituzionale svolta, fatta salva l'adesione a partiti politici e a sindacati, deve essere comunicata dai dipendenti al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al Direttore UOC (solitamente risorse umane, che ne trasmette copia al RPCT) almeno 30 giorni prima dell'adesione formale ai fine di consentire all'ente di valutare le eventuali ipotesi di conflitto sulla base degli scopi e degli ambiti di attività dell'associazione/organizzazione.

Qualora il soggetto adempia all'obbligo di dichiarazione solo dopo l'adesione, la dichiarazione deve essere effettuata non oltre 10 giorni dall'adesione al responsabile dell'ufficio di appartenenza e agli altri soggetti di cui sopra. La verifica delle dichiarazioni in ordine agli eventuali profili di conflitto di interessi compete ai livelli dirigenziali preposti alle singole aree di interesse. Al RPCT, spetta il compito, invece, di svolgere attività di monitoraggio e verifica sui contenuti di tali dichiarazioni e dovrà tenere un archivio informatico delle dichiarazioni. Trascorsi 30 giorni senza rilievi, l'adesione si intenderà autorizzata.

L'eventuale mancata dichiarazione da parte del dipendente configura una violazione degli obblighi di servizio e comporta l'avvio di un procedimento disciplinare.

Le associazioni i cui ambiti di attività possono interferire con l'attività dell'ufficio di assegnazione sono, in particolare, quelle che operano anche senza fini di lucro in ambito sanitario e socio sanitario.

Oltre all'obbligo di comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni, il dipendente:

- a) informa sempre e comunque, al di là dell'adesione formale, la Direzione della struttura sanitaria di qualsiasi rapporto anche non direttamente remunerativo intercorrente con le predette associazioni/organizzazioni;
- b) comunica preventivamente alla Direzione della struttura sanitaria, ai fini della relativa autorizzazione, offerte avanzate da organizzazioni terze precisando i relativi importi e le modalità di utilizzo.

Nel caso in cui emerga una situazione di incompatibilità che investa la maggior parte delle funzioni espletate dall'interessato, la direzione inviterà il dipendente a risolvere la situazione di contrasto con comunicazione sottoposta notifica, fissando un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il dipendente non esercita pressioni nei confronti di colleghi e altri operatori o utenti dei servizi, con i quali viene in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o

organizzazioni, indipendentemente dal carattere delle stesse e dalla possibilità o meno di ottenere vantaggi di qualsiasi natura.

Nessuna associazione può aver sede o utilizzare gli spazi aziendali senza preventiva autorizzazione della Direzione della struttura sanitaria.

Il dipendente si astiene dal trattare o dall'intervenire nella trattazione di pratiche relative ad associazione di cui è membro, allorquando si tratta di associazioni che ricevono contributi dalla struttura sanitaria in cui presta attività lavorativa.

Il dipendente si astiene, altresì, dall'intervenire, in rappresentanza dell'Associazione di cui sono membri, nelle relazioni formali e informali con la struttura sanitaria.

L'ente _____ si doterà di apposita modulistica per la dichiarazione da parte dei dipendenti di partecipazione ad associazioni e organizzazioni.

Art. 6 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente è tenuto ad informare l'ufficio presso cui lavora, di tutti i rapporti, diretti ed indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi 3 anni, precisando:

- a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto privato;
- b) siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

La comunicazione degli interessi finanziari e dei conflitti d'interesse prevista dall'art. 6 del D.P.R. n. 62/2013, deve essere data per iscritto al Responsabile della Struttura di appartenenza:

- all'atto dell'assegnazione all'Ufficio;
- entro 30 giorni dall'approvazione del presente codice;
- entro 15 giorni dall'instaurazione di ciascun nuovo rapporto;
- entro 15 giorni dal mutare delle condizioni relative agli interessi finanziari ed ai conflitti d'interesse già segnalati.

I Responsabili delle singole Strutture provvedono a darne immediata comunicazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Qualora il conflitto riguardi i dirigenti apicali, a valutare le iniziative da assumere è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

In ogni caso, il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il II grado.

Art. 7 - Il conflitto di interessi e l'obbligo di astensione

Il conflitto di interessi va inteso in un'accezione più ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici. In particolare, può essere:

- attuale, ovvero, presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- potenziale, ovvero, che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- apparente, che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto, che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- indiretto, che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice, ma allo stesso collegati.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Al fine di prevenire ogni situazione che possa creare un conflitto di interessi, si prescrive l'obbligo di astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi e di valutare le condizioni che possano dare luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interessi.

Il dipendente deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni od attività che possano coinvolgere gli interessi:

- a) propri;
- b) di parenti o affini entro il II grado, del coniuge o del convivente;
- c) di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale extra-lavorativi;
- d) di soggetti od organizzazioni con cui abbia causa pendente o inimicizia o rapporti di credito o debito;
- e) di soggetti ed organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente
- f) di enti, associazioni non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o dirigente.

Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Ai fini di cui sopra, il dipendente comunica per iscritto entro e non oltre 10 giorni dal momento in cui si è manifestato il conflitto, ogni situazione anche eventuale di possibile conflitto al suo superiore gerarchico dettagliando le ragioni dell'astensione.

Qualora la situazione di conflitto coinvolga il Dirigente o il Direttore e quindi un soggetto apicale la valutazione delle circostanze e della sussistenza o meno del conflitto spetta al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In entrambi i casi, valutata la circostanza, il Dirigente o il Direttore della struttura a cui appartiene il dipendente o il RPCT dovrà rispondere per iscritto all'interessato, comunicando gli esiti della valutazione e assumere, motivandola, una delle seguenti determinazioni:

- a) richiesta di astensione dall'incarico/procedimento
- b) permanenza dello stesso nell'incarico o nel procedimento

Nel caso di cui alla lett. a), il responsabile dell'ufficio di appartenenza provvede a:

- rappresentare al vertice della struttura l'esistenza di un conflitto di interessi
- proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico
- proporre l'affidamento dell'interessato ad altro ufficio
- dare comunicazione al RPCT della soluzione adottata al fine di garantire la continuità dell'azione amministrativa.

Art. 8 - Prevenzione della corruzione

Il Codice armonizza le proprie previsioni con le misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione contenute nel PNA e nel Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale, adottato con deliberazione n. __ del _____, e dispone quanto segue:

- il rispetto degli obblighi specifici di dichiarazione previsti nel PNA - sezione sanità- e nei PTPCT mediante il rinvio alle disposizioni ivi contenute;
- la collaborazione del dipendente con il RPCT, per tutte le attività ed azioni che hanno finalità di contrasto e prevenzione della corruzione;
- l'adozione a cura del RPCT delle misure previste dalla Legge n. 179/2017 a tutela dell'anonimato del segnalante (specificare l'azione concreta intrapresa: acquisto di un software o segnalazione in busta chiusa riservata indirizzata al RPCT). Il RPCT è l'unico destinatario delle segnalazioni, cui si aggiunge la possibilità di fare la segnalazione direttamente all'ANAC o di denunciare all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile condotte illecite di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Tale segnalazione è sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e ss., Legge n. 241/1990.

Art. 9 - Trasparenza e tracciabilità

Il dipendente osserva tutte le misure previste nel PTPCT, in particolare, quelle indicate nella "sezione trasparenza" del PTPCT.

Il dipendente si fa carico dell'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento, trasmissione e pubblicazione dei dati di propria competenza sottoposti all'obbligo di pubblicazione.

Il Dirigente responsabile di struttura sovrintende all'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti nella sezione trasparenza del PTPCT relativamente alla struttura di riferimento, assicurando che la comunicazione ai fini della pubblicazione sul sito istituzionale, avvenga in modo regolare, tempestivo o a cadenza temporale prevista nel PTPCT e che i dati comunicati siano corretti e completi.

I dati, le informazioni, gli atti e le elaborazioni oggetto di pubblicazione, a fini di trasparenza, devono essere messi a disposizione in modo tempestivo, preciso e completo e nei tempi richiesti dal Dirigente della struttura di appartenenza e/o dal Responsabile della Trasparenza e comunque entro 15 giorni dalla richiesta.

I Direttori di UOC, Dipartimentale, di Presidio e di Distretto, sono i diretti referenti del Responsabile della Trasparenza per tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia e con quest'ultimo collaborano fattivamente.

Ogni attività deve essere adeguatamente documentata, sia per procedere a controlli finalizzati alla tracciabilità dei processi e delle responsabilità, sia per rispondere alle istanze di accesso civico c.d. semplice.

Art. 10 - Comportamento nei rapporti tra privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, i destinatari del Codice non sfruttano, né menzionano la posizione ricoperta o l'incarico svolto nella struttura sanitaria per ottenere utilità che non gli spettino e non assumono nessun altro comportamento che possa pregiudicare gli interessi dell'ente o nuocere alla sua immagine.

Nei rapporti con altri enti pubblici, comprese relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro funzioni, il dipendente:

- a) non promette agevolazioni per pratiche d'ufficio in cambio di un'agevolazione propria;
- b) non interloquisce con superiori gerarchici e colleghi allo scopo di influenzare la gestione non corretta di pratiche dell'ufficio, facendo leva sulla propria posizione all'interno della struttura sanitaria;
- c) non anticipa contenuti o diffonde gli esiti di procedura di gara, di concorso, prima che siano conclusi o ne sia stata data pubblicità;
- d) non diffonde informazioni anche attraverso la *web* e i *social network*, volte a ledere l'immagine o l'onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o dell'amministrazione di appartenenza;
- e) è tenuto a riportare nelle comunicazioni tutti gli elementi idonei all'individuazione del responsabile dell'attività amministrativa cui le comunicazioni afferiscono;
- f) è tenuto al rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e alle norme sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;
- g) è tenuto al rispetto della disciplina sui rapporti con gli organi di stampa;
- h) è tenuto ad adeguarsi con tempestività ai cambiamenti dovuti al progresso scientifico e tecnologico nonché derivanti da processi di riorganizzazione;
- i) è tenuto a rispettare la disciplina relativa alle sperimentazioni e sponsorizzazioni contenuta nei regolamenti della struttura sanitaria, integrati seguendo le indicazioni contenute nella determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 e nel PNA 2016 (delibera 3 agosto 2016, n. 831).

Art. 11 - Comportamento in servizio

Il dipendente nell'attività di servizio:

- a) salvo giustificato motivo, non ritarda né adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza;
- b) rispetta il segreto d'ufficio e mantiene riservate le notizie e le informazioni apprese nell'attività svolta;
- c) non divulga le informazioni relative a procedimenti o attività in corso, prima che siano state ufficialmente deliberate dagli organi competenti, fermo restando il diritto degli interessati di partecipare al procedimento e di avere accesso ai dati, documenti o informazioni nei casi previsti dalla normativa vigente;
- d) assicura nelle relazioni con i colleghi e i terzi la massima collaborazione nel rispetto delle posizioni e dei ruoli rivestiti, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il clima di serenità;
- e) utilizza i permessi di astensione dal lavoro nel rispetto della legge, dei contratti collettivi e dei regolamenti;
- f) utilizza il materiale e le attrezzature di cui dispone per ragioni d'ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'amministrazione, salvo casi di urgenza;
- g) utilizza i mezzi di trasporto a sua disposizione, salvo casi di urgenza, solo per lo svolgimento di compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi se non per motivi d'ufficio;
- h) rispetta le norme regolamentari stabilite dalla struttura sanitaria per regolamentare l'accesso alla struttura da parte degli informatori farmaceutici e degli altri soggetti che propongono la vendita o illustrano l'utilizzo di farmaci e/o dispositivi medici;
- i) rispetta l'orario di lavoro, i turni, la reperibilità ed i servizi di guardia; qualsiasi variazione dovrà essere autorizzata dal Responsabile della struttura di appartenenza. Quest'ultimo controlla che la timbratura delle presenze assegnati alla propria UOC, dipartimentale o al Distretto avvenga correttamente e, in caso

contrario, segnala all'ufficio di disciplina (UPD) le pratiche scorrette. I controlli sui Direttori di struttura complessa sono posti a carico del Direttore di Dipartimento.

Nello svolgimento dell'attività assistenziale, il dipendente:

- a) non orienta l'utente verso strutture private laddove le prestazioni di interesse siano erogabili nell'ambito di strutture pubbliche, né condiziona il paziente orientandolo verso la visita in libera professione;
- b) rispetta l'ordine delle liste d'attesa e della relativa disciplina regolamentare;
- c) comunica correttamente i rischi legati al percorso di cura con tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari al fine di garantire la sottoscrizione consapevole del consenso informato;
- d) si impegna a garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate come libera professione intramuraria;
- e) si impegna a non accettare corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, salvo quelle non consentite dalla legge, previste dal contratto collettivo e autorizzata dalla struttura sanitaria di appartenenza;
- f) è tenuto a partecipare a percorsi formativi obbligatori;
- g) non può indicare nella documentazione sanitaria, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, il nome commerciale del farmaco prescritto o consigliato, in sede di dimissione e/o di visita ambulatoriale;
- h) è tenuto al rispetto dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci;
- i) è tenuto alla corretta gestione della documentazione clinica del paziente;
- j) non può utilizzare divise o indumenti che gli sono stati forniti al di fuori dei luoghi e orari di lavoro.

Art. 12 - Rapporti con il pubblico

Il dipendente:

- a) si fa conoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione della struttura sanitaria, salvo diversa disposizione di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti;
- b) opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera in maniera più completa e accurata;
- c) qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente della medesima struttura;
- d) fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce spiegazioni che siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità o il coordinamento;
- e) nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche rispetta, salvo diverse esigenze di servizio, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui è tenuto con motivazioni generiche;
- f) è fatto divieto di promettere e svolgere pratiche in favore di utenti atte a determinare disparità di trattamento tra situazioni comparabili;
- g) non assume impegni né anticipa l'esito di decisioni proprie o altrui inerenti l'ufficio al di fuori dei casi consentiti;
- h) osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o da disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi ostativi all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta, cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente.



I dipendenti addetti ad uffici a diretto contatto con il pubblico:

- Trattano gli utenti con cortesia
- Rispondono agli utenti in modo completo ed accurato possibile
- Forniscono ogni informazione atta a facilitare ai cittadini l'accesso ai servizi.

Sia i dipendenti che i Dirigenti non rilasciano dichiarazioni agli organi di informazione inerenti l'attività lavorativa e/o quella della struttura sanitaria, in assenza di una specifica autorizzazione da parte della Direzione Generale o dell'organo rappresentante la direzione strategica aziendale.

Art. 13 - Disposizioni particolari per i dirigenti

Fermo restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, le norme del presente articolo si applicano ai Dirigenti, ivi compresi i soggetti che svolgono funzioni equiparate ai dirigenti, ai titolari di incarico dirigenziale ex art. 15-septies D.Lgs. n. 502/1992, nonché ai funzionari responsabili di posizione organizzativa.

Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato all'assolvimento dell'incarico.

In base all'art. 13 del D.P.R. n. 62/2013, il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara, se ha parenti e affini entro il II grado o coniuge convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatto frequente con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

Tali comunicazioni sono rese dal dirigente al responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane della struttura sanitaria e vanno aggiornate tempestivamente, ogniquale volta si determinano variazioni rilevanti e, in ogni caso, con cadenza annuale.

Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare ed imparziale nei rapporti con i colleghi, collaboratori e i destinatari dell'azione amministrativa. Cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale.

Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione e affida incarichi professionali aggiuntivi in base alla professionalità e secondo il criterio della rotazione.

Il dirigente effettua la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità.

Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito, attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero, segnala tempestivamente l'illecito all'ufficio di disciplina, presta ove richiesto la propria collaborazione e provvede ad inoltrare denuncia all'autorità giudiziaria penale o ad effettuare segnalazioni alla Corte dei conti.

Nel caso in cui riceva segnalazioni di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela prevista dalla Legge 29 dicembre 2017, n. 179 affinché sia tutelato il segnalante.

Il dirigente promuove la conoscenza e la massima diffusione dei contenuti del Codice.

In materia di prevenzione della corruzione, i Direttori di UU.OO.CC., Dipartimentali o di Distretto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- relazione semestralmente al RPCT sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione indicate nel PTPCT ed in particolare, su quelle previste all'interno della loro struttura anche con riferimento all'attuazione del Codice di Comportamento;
- vigilano sull'osservanza e l'attuazione del PTCT.

Art. 14 Contratti ed altri atti negoziali

Nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto della struttura sanitaria, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, il dipendente non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui la struttura sanitaria abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

Il dipendente non conclude, per conto della struttura, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento

o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel triennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c.



Tale ultima previsione è il risultato di un coordinamento tra quanto contenuto nell'art. 14 del D.P.R. n. 62/2013 e quanto previsto dalla misura di prevenzione nota con il nome di "pantouflage" descritta dall'art. 53 co. 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001, in base alla quale "i dipendenti che, negli ultimi 3 anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi, negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri".

Nel caso in cui la struttura sanitaria concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con cui il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel triennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio.

Il dipendente che conclude accordi o negozi o stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c., con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel triennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione, ne informa per iscritto il dirigente dell'ufficio.

Se nelle situazioni sopra descritte si trova il dirigente, questi informa per iscritto il responsabile dell'ufficio Gestione risorse umane o personale.

In attuazione del disposto di cui all'art. 53 co. 16-ter, D.Lgs. n. 165/2001 spetta al RPCT inviare apposita direttiva disponendo che:

"nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che preveda il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti dei destinatari dei provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Ai dipendenti sono equiparati i soggetti esterni con cui la PA stipula contratti di diritto privato per i quali vigono gli stessi obblighi e doveri.

Nei bandi di gara o negli atti relativi agli affidamenti venga inserita la condizione soggettiva verificabile mediante autocertificazione, in base alla quale l'aggiudicatario non abbia attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o negoziali per conto delle PPAA, pena l'esclusione dalla gara/procedura di affidamento".

Art. 15 - Regole di condotta da osservare in relazione ai processi c.d. a rischio corruzione

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione triennio 2018-2020 approvato con deliberazione n. _____ del _____, individua le aree del rischio corruttivo, suddividendole in:

- obbligatorie - aree individuate in base ad esperienza nazionale ed internazionale, da ritenersi ricorrenti nelle pubbliche amministrazioni ed individuate dalla Legge n. 190/2012 nel Piano Nazionale anticorruzione;
- generali - aree individuate dalla Determinazione ANAC 12/2015 relativa al PNA 2015;
- specifiche - aree individuate dalla Determinazione ANAC 12/2015 (PNA 2015) e dalla delibera ANAC 831/2016 (PNA 2016) specificatamente per la Sanità.

Premesso che per ciascuna delle aree a rischio corruttivo - obbligatorie, generali e specifiche - vanno individuate delle specifiche norme di condotta che sono rinviate a cura delle Strutture coinvolte e contenute nel Piano Triennale Prevenzione corruzione, si ritiene utile, nel presente Codice di Comportamento, definire le norme di condotta generali correlate a processi a rischio specifici, così come individuati dal Piano di Prevenzione della Corruzione nazionale (PNA 2015 e PNA 2016) e aziendale.

A. ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Il dipendente:

- a) non può in alcun modo comunicare in anticipo un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri;
- b) non può segnalare ai parenti una specifica impresa di onoranze funebri;
- c) non accetta regali o quote degli utili da parte di imprese di onoranze funebri;
- d) non sollecita né accettano regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

I Dirigenti, i coordinatori infermieristici, tecnici e sanitari sono tenuti alla massima vigilanza sulla osservanza delle presenti norme di condotta.

B. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI

Il dipendente:

- a) non esercita l'attività libero-professionale in sostituzione di quella ordinaria;
- b) non elude la normativa fiscale di riferimento, in particolare per l'attività espletata al di fuori dell'Azienda;
- c) non indirizza i pazienti presso strutture sanitarie private favorendo professionisti esterni all'Azienda;
- d) informa correttamente i pazienti sui percorsi aziendali;
- e) non favorisce nel percorso istituzionale pazienti trattati in regime di libera professione.
- f) Tiene distinta l'attività istituzionale da quella in libera professione e garantiscono la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione

In particolare:

- a) i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture di riferimento sono tenuti ad esercitare un'attività di controllo ai fini del corretto espletamento della primaria attività istituzionale;
- b) gli addetti all'Ufficio preposto all'organizzazione e gestione della Libera Professione sono tenuti ad esercitare con rigore l'attività di coordinamento e di controllo di propria competenza unitamente agli uffici dell'Amministrazione del Personale.

C. LISTE DI ATTESA

Il dipendente:

- a) gestisce le liste di attesa nel rigoroso rispetto dell'ordine di priorità assistenziale e, a parità, dell'ordine cronologico delle richieste di prestazione.
- b) prevede condizioni di accesso idonee a garantire equità di trattamento;
- c) non promette e non svolge pratiche in favore di utenti atte a costituire disparità di trattamento o condizioni di privilegio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nell'espletamento delle attività istituzionali.

D. PAGAMENTO TICKET

Il dipendente:

- a) applica con rigore le disposizioni vigenti in materia di pagamento dei ticket;
- b) non effettua riconoscimenti indebiti dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti;
- c) specificatamente per il personale dipendente del Pronto Soccorso, non attribuisce ai pazienti codici di priorità in modo artificioso, al fine di evitare il pagamento del corrispondente ticket.

E. CONTRATTI E ACQUISTI (FARMACI E PRESIDII ECC.)

Il dipendente:

- a) non effettua accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara, volti a manipolarne gli esiti, tramite l'utilizzo del meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- b) definisce i requisiti tecnico-economici di accesso alla gara in modo trasparente ed oggettivo al fine di evitare di favorire un'impresa a discapito delle altre;
- c) non rivela e non utilizza segreti d'ufficio volti a favorire un concorrente;
- d) non utilizza in modo distorto il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
- e) non utilizza la procedura negoziata e non abusa dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- f) non ammette varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire maggiori guadagni;
- g) non elude le regole di affidamento degli appalti tramite l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto;
- h) tutela la libertà e il regime di concorrenza nello svolgimento di gare pubbliche;
- i) si astiene in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto e negli altri casi previsti dalla legge;

j) non accetta compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti (inserire nome dell'Ente). I rapporti con i predetti soggetti possono intercorrere soltanto secondo le procedure aziendali all'uso definite;

k) rispetta, nell'ambito delle procedure di affidamento, i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, imparzialità nonché quello di pubblicità secondo quanto previsto dal codice dei contratti;

l) Il personale medico che opera (inserire nome dell'ente) è tenuto a prescrivere i farmaci secondo le migliori scelte di terapia farmacologica nel rispetto dei principi deontologici e di imparzialità sulla base dei prontuari del farmaco e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti aziendali.

F. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Il dipendente che partecipa alle sperimentazioni cliniche:

a) acquisisce, prima di avviare qualunque studio clinico che s'intende condurre presso l'Azienda, il parere del Comitato Etico e l'autorizzazione della Direzione aziendale;

b) adotta metodi di ricerca appropriati, rispettando le norme ed i regolamenti relativi alla ricerca, le condizioni contrattuali ove presenti, i principi etici e deontologici che ispirano l'attività medica, devono basare le conclusioni sull'analisi critica dei dati e comunicare in modo completo ed obiettivo i risultati ottenuti e la loro interpretazione;

c) tiene una documentazione chiara ed accurata di tutte le loro ricerche, in modo tale da consentire ad altri di verificare e replicare il loro lavoro;

d) osserva le istruzioni, le direttive e le raccomandazioni del Comitato Etico e forniscono allo stesso rapporti sullo stato di avanzamento della sperimentazione;

e) acquisisce le necessarie autorizzazioni rilasciate dalla Direzione aziendale e dalle Autorità competenti a ciò preposte;

f) conduce le sperimentazioni cliniche senza compromettere il corretto espletamento dell'attività istituzionale, che va sempre e comunque anteposta a qualsiasi altra attività;

g) dichiara alla Direzione aziendale e al Comitato Etico i conflitti di interessi, finanziario o di altra natura, che potrebbero compromettere la credibilità del loro lavoro, sia in proposta di ricerca, articoli scientifici e comunicazioni pubbliche, quanto in ogni attività di valutazione del lavoro altrui;

h) comunica alla Direzione aziendale e al Comitato Etico Autorità competenti ogni sospetto caso di disonestà nella ricerca, inclusi la falsificazione e la manipolazione impropria dei dati, il plagio e altre pratiche irresponsabili che minano l'attendibilità della ricerca quali incuria, impropria inclusione o esclusione di autori, omissione di appropriati controlli o impiego di metodi analitici ingannevoli;

i) contribuisce a creare e sostenere un ambiente lavorativo che incoraggi l'integrità della ricerca, attraverso l'educazione, l'istituzione di regole chiare, e l'adozione di criteri aggiornati e rigorosi;

j) garantisce che tutti i costi della ricerca siano adeguatamente coperti con fondi dedicati e che i rapporti con lo sponsor siano trasparenti e documentati;

k) non accetta, direttamente in favore dei soggetti (persone fisiche) coinvolti nella sperimentazione clinica, pagamenti a titolo di corrispettivo per l'attività di sperimentazione clinica considerato l'obbligo per i promotori delle sperimentazioni cliniche di effettuare pagamenti solo in favore delle istituzioni di afferenza.

G. GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA (CARTELLE CLINICHE, RADIOGRAFIE, REFERTI SANITARI, ECC.)

Il dipendente:

a) assicura la massima diligenza nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, radiografie, referti e risultanze diagnostiche con riferimento alla propria sfera d'intervento;

b) non falsifica i dati contenuti nella documentazione sanitaria per tornaconto personale.

H. ASSEGNAZIONE INCARICHI E NOMINE

Il dipendente preposto agli uffici di reclutamento del personale:

a) nello svolgimento delle procedure di selezione osserva i principi di trasparenza, imparzialità; pubblicità evitando atti e comportamenti che possano favorire qualche concorrente;

b) predetermina e specifica nei bandi i requisiti soggettivi e oggettivi e i criteri di valutazione;

c) pubblica tutti gli atti del procedimento previsti dalla normativa sulla trasparenza;

d) mette in pratica e osservano i regolamenti aziendali sulle procedure per la formazione delle commissioni e lo svolgimento delle prove di selezione;

e) agisce nel rispetto della programmazione aziendale, del budget annuale assegnato e delle autorizzazioni regionali;

f) esplicita negli atti di conferimento degli incarichi le motivazioni della nomina dei soggetti prescelti;

g) richiede e acquisisce ai componenti delle commissioni specifiche dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interessi o incompatibilità;

h) predispone per l'adozione da parte della Direzione specifici atti regolamentari e procedure per garantire l'imparzialità, la pubblicità e la trasparenza di tutte le procedure di selezione.

I. SPONSORIZZAZIONI

I destinatari del Codice, in relazione alle iniziative di sponsorizzazione, osservano le procedure previste nei regolamenti della struttura sanitaria, attenendosi ai principi di trasparenza, imparzialità e pubblicità.

La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alla struttura, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono scelti in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo secondo criteri di imparzialità e rotazione.

Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso la struttura.

Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare attività formative aziendali, i dipendenti coinvolti nel percorso di assegnazione dei relativi incarichi applicano principi di imparzialità e trasparenza.

J. RAPPORTI CON AZIENDE FARMACEUTICHE E/O DITTE PRODUTTRICI DI DISPOSITIVI MEDICO - VETERINARI

I rapporti con aziende farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi diagnostici o medico- veterinari sono gestiti secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia di regolamenti aziendali, evitando comportamenti volti a favorire specifici soggetti.

È fatto divieto di ricevere premi o vantaggi pecuniari o in diversa natura.

Il personale sanitario è tenuto ad utilizzare i dispositivi diagnostici/medico - veterinari secondo le migliori scelte basate su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per il solo perseguimento della cura e dell'interesse pubblico.

I principi declinati si estendono a tutte le tipologie di fornitori e a tutti i destinatari.

TITOLO III: SISTEMA DI VIGILANZA E SANZIONATORIO

Art. 16 - Vigilanza monitoraggio e attività formative

Ai sensi dell'art. 54 co. 6 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, vigilano sull'applicazione del presente Codice, di dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l'ufficio di disciplina e il RPCT.

Ai fini dell'attività di vigilanza e monitoraggio prevista dal presente articolo, la struttura sanitaria si avvale dell'ufficio procedimenti disciplinari (UPD).

Le attività svolte ai sensi del presente art. dall'ufficio procedimenti disciplinari si conformano alle previsioni contenute nel PTPCT adottato dalla struttura sanitaria. L'ufficio procedimenti disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari, cura l'aggiornamento del Codice di comportamento, cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento.

Il RPCT, l'UPD e il responsabile dell'UOC gestione risorse umane, curano la diffusione della conoscenza del Codice, il monitoraggio annuale e la pubblicazione sul sito istituzionale.

Ai fini dello svolgimento delle attività indicate, l'UPD opera in raccordo con il RPCT.

Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione dei codici di comportamento, l'ufficio procedimenti disciplinari può chiedere all'ANAC parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'art. 1 co. 2 lett. d), Legge n. 190/2012.

Al personale della struttura sanitaria sono rivolte attività informative in materia di trasparenza e integrità, che consentono ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti dei codici di comportamento, nonché un aggiornamento sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti nonché sulle conseguenze derivanti dalla loro violazione. La partecipazione dei dipendenti alla formazione sui contenuti del Codice è obbligatoria.

Art. 17 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice di comportamento

Ai sensi dell'art. 54 co. 3, D.Lgs. n. 165/2001, la violazione degli obblighi descritti nel Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Fermo restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri, obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità civile, penale, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio anche morale derivatone al decoro o prestigio della struttura sanitaria.

Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai contratti collettivi e dal vigente codice disciplinare.

Fermo restando che violazioni gravi o reiterate del Codice di comportamento comportano l'applicazione della sanzione espulsiva, quest'ultima si applica nei seguenti casi:

- Violazione delle disposizioni concernenti regali, compensi e altre utilità, qualora ricorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di quest'ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio (art. 4, D.P.R. n. 63/2013);

- Nel caso in cui il dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni ed organizzazioni o eserciti pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera, (art. 5 co. 2, D.P.R. n. 62/2013);

- Nel caso in cui il dipendente concluda per conto della struttura sanitaria contratti d'appalto, fornitura, servizio, consulenza, collaborazione, finanziamento o assicurazione con operatori economici con i quali abbia stipulato contratti a titolo privato ad eccezione di quelli standard o tramite formulari (art. 1342 c.c.) o dai quali abbia ricevuto altre utilità, (art. 14 co. 2, D.P.R. n. 62/2013);

- Nei casi di recidiva di seguito indicati:

a) qualora il dipendente accetti incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel triennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti alla struttura di appartenenza, (art. 4 co. 6, D.P.R. n. 62/2013);

b) qualora il dipendente non si sia astenuto dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, non meramente potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, del convivente, di parenti o affini entro il II grado, (art. 6 co. 2, D.P.R. n. 62/2013);

c) qualora il dirigente responsabile di struttura, nei limiti delle sue responsabilità, non eviti che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi, (art. 13 co. 9, D.P.R. n. 62/2013).

Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, regolamenti e dai contratti collettivi.

Art. 18 - Norme finali

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con l'ufficio relazioni con il pubblico e con il Direttore UOC gestione risorse umane, curano la più ampia diffusione del Codice pubblicandolo sul sito istituzionale e trasmettendolo tramite e-mail a tutti i dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo anche professionale, nonché, tramite le strutture competenti, alle imprese fornitrici di servizi in favore della struttura sanitaria.

Contestualmente alla sottoscrizione dei nuovi contratti di lavoro o all'atto del conferimento degli incarichi, l'UOC Gestione Risorse Umane consegna e fa sottoscrivere per accettazione ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia del presente Codice.

Per quanto non disciplinato nel presente Codice si fa riferimento alle vigenti disposizioni di legge, normative e contrattuali.

L'adozione del Codice e delle sue eventuali successive modifiche è disposta con deliberazione del Direttore Generale o dell'organo di indirizzo, su proposta del RPCT, previa procedura di consultazione pubblica e parere obbligatorio dell'Organismo indipendente di valutazione

Il Codice entra in vigore alla data di pubblicazione del relativo provvedimento di adozione all'albo on line della struttura sanitaria.

2. Direttiva sulle cause di inconferibilità/incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013

INSERIRE LOGO
DELL'ENTE

AI SIGG.RI
DIRETTORE GENERALE
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DIRETTORE SANITARIO
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI
DIRIGENTI MEDICI

OGGETTO: *Dichiarazione di inconferibilità/incompatibilità prevista dal D.Lgs 39/2013, dalla Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 833 e dalla Misura M__ del PTPCT _____ Acquisizione documentazione. Direttiva del RPCT*

Con riferimento all'oggetto sopra indicato, in ottemperanza alla disciplina contenuta nell'alveo della Misura M__ del Piano triennale della prevenzione della corruzione 2___/2___, lo scrivente RPCT intende, con la presente direttiva, dare attuazione alle azioni da intraprendere per l'esecuzione della Misura.

In particolare, essa prescrive che l'RPCT provveda ad acquisire "l'autocertificazione da parte dei Dirigenti di settore all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto citato" ovvero nel corso dell'incarico "sulla insussistenza delle cause di incompatibilità"

Pertanto, al fine di consentire da una parte, l'attuazione delle citate prescrizioni, dall'altra il controllo sulla veridicità anche a campione, nell'ambito delle attività di monitoraggio, sul contenuto delle dichiarazioni, si invitano i Dirigenti in indirizzo a voler compilare l'allegato modello sulle inconferibilità ed a trasmetterlo in formato scansionato unicamente all'indirizzo di posta elettronica dello scrivente RPCT di seguito indicato: [inserire indirizzo di posta] _____

Si evidenzia che le dichiarazioni dovranno pervenire entro e non oltre _____

All'esito, verranno inviate all'ufficio personale per essere acquisite al fascicolo d'ufficio e saranno pubblicate all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente"

Luogo e data

Distinti saluti.
Il RPCT

3. Modulo generico per Dirigenti Amministrativi e Sanitari ex D.Lgs. n. 39/2013

REGIONE _____
(Inserire nome dell'Ente)

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

Ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (in G.U. n. 92 del 19 aprile 2013, in vigore dal 4 maggio 2013) - Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, co. 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190

AL RPCT

(inserire Pec del RPCT)

(Inserire nome dell'Ente)

Il sottoscritto/a _____ titolare dell'incarico di _____ conferito con _____

visto il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, artt. 20 e 21;

visto il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 76;

vista la Misura MO_ del PTPCT 2___/2___ adottato dall'Ente;

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 co. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 6 aprile 2013, n. 39.

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2013, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20 co. 3 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale (inserire nome dell'Ente) nella Sezione Amministrazione Trasparente, sezione "Personale", sotto sezione "titolari di incarichi dirigenziali non generali" unitamente al proprio *curriculum vitae*;

- di essere informato che il RPCT effettuerà le verifiche come previsto nel PTPCT ai fini della verifica della veridicità della dichiarazione, secondo le indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 833/2016.

SI IMPEGNA

Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi, in ottemperanza alla misura M_ del PTPCT _____.

IL DICHIARANTE

4. Modulo specifico per i destinatari della normativa sulle cause di inconferibilità (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo)

REGIONE _____
(Inserire nome dell'Ente)

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ

Ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (in G.U. n. 92 del 19 aprile 2013, in vigore dal 4 maggio 2013) - Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, co. 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190

AL RPCT

[inserire Pec del RPCT]

[Inserire nome e sede dell'Ente]

IL sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente
_____ in qualità di Direttore

CONSAPEVOLE

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali a cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20 co. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, sotto la propria responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. n. 39/2013

DICHIARA

- di non trovarsi nella situazione descritta nell'art. 3 co. 1 lett. e) del D.Lgs. n. 39/2013
- di non trovarsi nella situazione descritta nell'art. 5 del D.Lgs. n. 39/2013
- di non trovarsi in una delle situazioni di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 39/2013

La presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale [inserire nome dell'Ente] nella Sezione Amministrazione Trasparente, sezione "Personale", sotto sezione "titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice" unitamente al proprio *curriculum vitae*.

IL DICHIARANTE

5. Modulo specifico per i destinatari della normativa sulle cause di incompatibilità (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo)

REGIONE _____
(Inserire nome dell'Ente)

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (in G.U. n. 92 del 19 aprile 2013, in vigore dal 4 maggio 2013) - Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, co. 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190

AL RPCT

[inserire Pec del RPCT]

[Inserire nome e sede dell'Ente]

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente _____ in qualità di Direttore _____

CONSAPEVOLE

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali a cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20 co. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, sotto la propria responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. n. 39/2013

DICHIARA

- di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità descritte nell'art. 10 del D.Lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità descritte nell'art. 14 del D.Lgs. n. 39/2013.
- **di essere consapevole che tali incompatibilità sussistono se gli incarichi e le cariche elettive sono state assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.**
- **di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione in caso di sopravvenienza di una delle situazioni prese in considerazione dal D.Lgs. n. 39/2013.**

La presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale nella Sezione Amministrazione Trasparente, sezione "Personale", sotto sezione "titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice" unitamente al proprio *curriculum vitae*.

IL DICHIARANTE

6. Bozza Piano Aziendale Rotazionale di un'azienda ospedaliera

Premessa

- Art. 1 - Riferimenti normativi
- Art. 2 - Finalità
- Art. 3 - Vincoli alla rotazione
- Art. 4 - Destinatari della misura

PARTE I

La rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

- Art. 5 - Identificazione delle strutture a rischio corruzione
- Art. 6 - Criteri di rotazione
- Art. 7 - Rotazione degli incarichi dirigenziali e soluzioni alternative
- Art. 8 - Rotazione del personale del comparto e misure alternative

PARTE II

Area clinica

- Art. 9 - La rotazione del personale medico
- Art. 10 - La rotazione del personale addetto alle professioni sanitarie infermieristiche, di riabilitazione e delle professioni tecnico - sanitarie
- Art. 11 - Norme finali
- Art. 12 - Entrata in vigore del piano rotazionale

Premessa

Il presente piano è stato predisposto a seguito dell'adozione da parte del Direttore Generale di un atto di indirizzo con Deliberazione n. _____ del _____ in cui sono state fissate le linee guida per procedere all'attuazione di questa misura in un settore così delicato come quello sanitario.

Nell'ambito del PNA 2016, la rotazione è considerata quale misura organizzativa di carattere preventivo finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un soggetto che si trova ad operare nel pubblico, occupandosi per un lungo periodo dello stesso tipo di attività, procedimenti, servizi e trovandosi sempre a tessere rapporti con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di sfociare in accordi di natura corruttiva.

In generale, però, la rotazione va intesa anche come un criterio organizzativo e collocata in una logica di necessaria complementarità con altre misure di prevenzione della corruzione, soprattutto laddove di presentano difficoltà applicative. Va, tuttavia, impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Ecco perché, ne va riconosciuta la sua duplice natura, come misura di prevenzione della corruzione e come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva, pertanto, accompagnata anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

In sanità, l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Allo stesso tempo, all'interno di tale settore ed in particolare, nell'azienda ospedaliera, anche gli incarichi amministrativi e/o tecnici, talvolta richiedono competenze tecniche molto specialistiche spesso presenti in un numero molto limitato.

Alla luce delle considerazioni fatte, al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenza in un quadro di accrescimento della capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, questa azienda ha preferito dare inizio all'attuazione della misura della rotazione, partendo, previa verifica a monte dei curricula e degli incarichi dirigenziali in scadenza, proprio da coloro che rivestono posizioni apicali in settori più sensibili, rientranti nelle c.d. aree a rischio corruzione generali, individuate dalla Legge n. 190/2012 e richiamate anche dalla determinazione ANAC n. 12/15 e dal PNA 2016.

Riguardo poi, al personale Dirigenziale e non afferente all'area clinica, si procederà sempre nel presente piano ad impartire delle indicazioni pratiche, al fine di verificare, dal 2 _____ in poi, quali figure potranno essere interessate dall'applicazione della misura della rotazione.

AREA CLINICA

Il personale medico è inquadrato nel ruolo di Dirigente. Rilevano, in primo luogo, a livello apicale, le posizioni di direzione di unità operative complesse (U.O.C.), a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) e i Dipartimenti, assegnate per concorso, generalmente infungibili all'interno di un'azienda ospedaliera. I direttori di U.O.C. svolgono, solitamente, più funzioni cliniche che gestionali. Sono incarichi assegnati per concorso.

Al contrario, i Direttori di Dipartimento svolgono prevalentemente funzioni gestionali e tale ruolo va conferito ad un Dirigente di U.O.C. afferente al dipartimento; di conseguenza, è possibile ritenere che tutti i Dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico come Direttore del Dipartimento.

Al suo interno, ciascun Dipartimento composto da U.O.C., si articola in U.O.S. e I.P.A.S.

AREA TECNICA e AMMINISTRATIVA

Per il personale di area tecnica e di area amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso del personale medico; tuttavia, se da un lato, è importante conservare la specificità delle competenze acquisite dal personale, in termini di esperienza e professionalità, dall'altro, soprattutto, coloro che rivestono ruolo Dirigenziali, per il potere conferito e per il fatto di rappresentare un riferimento per il personale dipendente, potrebbero, in alcuni contesti, per le funzioni che si trovano a svolgere, dar luogo a situazioni di abuso, con il risultato di provocare un danno per l'Azienda. Di qui, l'idea di concentrare l'attenzione, ai fini dell'attuazione della misura della rotazione proprio su tali soggetti, destinati a ruotare per i motivi esposti, ove ne sussistano le condizioni (formazione e acquisizione di competenze pro-

fessionali nei settori interessati dalla rotazione per il personale destinato a ruotare). In caso di competenze infungibili si opererà per il ricorso all'istituto della c.d. segregazione delle funzioni.

PROFESSIONI SANITARIE

Sempre all'interno dell'azienda ospedaliera, vi sono, poi, alcune figure professionali, che hanno un ruolo strategico all'interno dell'organizzazione e alla gestione delle risorse pubbliche, costituendo un anello della catena del processo decisionale relativo, ad esempio, alla introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale, come i farmacisti e coloro che svolgono professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e coordinamento. Si comprende, allora, come sarebbe opportuno, in sede di implementazione della misura della rotazione (dal 2019), coinvolgere alcuni di questi soggetti individuati nel presente documento in meccanismi rotazionali di tipo sperimentale.

L'azienda ha deciso di mettere in atto con il presente documento un processo di pianificazione della rotazione e quindi un'attuazione graduata della misura di prevenzione con le esigenze funzionali ed organizzative dell'azienda sanitaria, anche in considerazione della necessità di avvalersi, in taluni settori di professionalità specialistiche. Saranno previsti percorsi formativi nei settori interessati dall'attuazione della misura, dal momento che la formazione rappresenta una misura fondamentale per acquisire le competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione.

L'attuazione della misura riguarderà anche il personale non dirigenziale.

Al fine di evitare un depauperamento delle conoscenze e competenze complessive dei singoli uffici si procede di seguito a programmare la rotazione del personale dirigenziale e non afferente al settore tecnico-amministrativo in tempi diversi e saranno date precise indicazioni sul personale afferente all'area clinica e ad altre prestazioni sanitarie, che però saranno interessate dall'attuazione della misura a partire dal 2_____.

Art. 1 - Riferimenti normativi

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1 co. 5 lett. b) della Legge n. 190/2012, ai sensi del quale *"le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC "procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione dei Dirigenti e funzionari"* e dall'art. 1 co. 10 lett. b) sempre della Legge n. 190/2012, in base al quale, il RPCT deve verificare, d'intesa con il Dirigente competente *"l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione"*.

Questo tipo di rotazione definito "ordinaria" è stata dal legislatore inserita tra le misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

La rotazione come misura straordinaria di tipo gestionale era, invece già prevista dal D.Lgs. n. 165/2001 all'art. 6 co. 1 lett. l-*quater* (lettera aggiunta dall'art. 1 co. 24, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella Legge 7 agosto 2012 n. 135), e trova applicazione al verificarsi di fenomeni corruttivi, dal momento che la norma prevede, infatti, la rotazione del personale "in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Dalla lettura della norma in esame, si desume l'obbligo per l'ente di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. È evidente, quindi, che si tratta di una misura di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Art. 2 - Finalità

Con il presente piano aziendale si intende disciplinare, in via prioritaria, le procedure di rotazione del personale dirigenziale e non addetto alle aree a rischio corruzione al fine di dare effettiva attuazione a quanto statuito nel PTPCT, approvato con _____, nel rispetto delle indicazioni contenute nel PNA 2016 approvato con Delibera 3 agosto 2016, n. 831.

Mira, inoltre, ad evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione. Per tali motivi, è programmata su base pluriennale ed è calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari della struttura.

L'applicazione della misura avverrà in modo graduale al fine di mitigare l'eventuale rallentamento

dell'attività ordinaria, motivo per cui è intenzione dell'Azienda dare priorità agli uffici più esposti al rischio corruzione avendo cura di programmare in tempi diversi e non simultanei la rotazione dei Dirigenti e del personale all'interno di un medesimo ufficio o struttura.

Art. 3 - Vincoli

L'attuazione della misura della rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni in modo da adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici, nel rispetto dei vincoli di natura soggettiva ed oggettiva connessi all'assetto organizzativo dell'azienda ospedaliera.

Vincoli soggettivi

L'azienda è tenuta ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati. Il riferimento è a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (permesso per assistere un familiare con disabilità) e al D.Lgs. 26 marzo 2001 n. 151 (congedo parentale).

Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella delibera 4 febbraio 2015, n. 13, per l'attuazione dell'art. 1 co. 60 e 61, Legge n. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi di competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa. Tra i vincoli di natura oggettiva emerge in maniera preponderante quello relativo alla c.d. infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

In alcuni casi, è la legge a stabilire la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, soprattutto quando lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Art. 4 - I destinatari della misura

La rotazione deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali sia quello non dirigenziale, ma assegnatario della responsabilità dell'istruttoria dei procedimenti amministrativi, ai sensi dell'art. 5 co. 1, Legge n. 241/1990.

Parte I

La rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

Art. 5 - Identificazione delle strutture a rischio corruzione

Nell'ambito del settore tecnico-amministrativo, per la cui identificazione si rinvia all'atto aziendale, le unità operative interessate dal processo di pianificazione rotazionale sono le seguenti:

U.O.C. _____

U.O.C. _____



Si ricorda che il tutto deve essere preceduto da una verifica dei curricula e dei contratti in scadenza.

Art. 6 - Criterio di rotazione

Trattandosi di un'azienda ospedaliera priva di articolazioni territoriali, si procede alla *rotazione per ambito di competenza*, di carattere "funzionale".



In caso contrario, occorre fare riferimento alla dislocazione territoriale dell'ente e alle professionalità presenti ed indicare che si provvede alla c.d. "rotazione territoriale".

Art. 7 - La rotazione degli incarichi dirigenziali e soluzioni alternative

La rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione della corruzione presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che va contemperata con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione delle professionalità acquisite dai Dirigenti in certi ambiti e settori e, laddove la rotazione risulti impossibile da attuare, temporaneamente o permanentemente, devono essere adottate soluzioni alternative.

L'azienda ospedaliera, sulla scorta delle indicazioni contenute nella determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 e del PNA 2016 ha deciso di partire nell'attuazione della misura da quelle che sono considerate nei citati documenti come aree a rischio corruzione c.d. generali. Per tali motivi, avendo verificato gli incarichi dirigenziali in scadenza, i curricula, i titoli di studio e le acquisite competenze professionali, che, di fatto, consentono la fungibilità delle posizioni, procede all'applicazione della misura della rotazione, partendo da coloro che ricoprono il ruolo di Direttori di UU.OO.CC. dei settori:

Ai Direttori delle altre UU.OO.CC., i cui contratti non sono in scadenza, ma a capo di strutture rientranti nell'area amministrativa, l'Azienda suggerisce l'adozione di misure alternative come l'applicazione dell'istituto della segregazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e più livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti) e, si riserva nel triennio di verificare se sussistono le condizioni per dare attuazione alla misura.

Art. 8 - Rotazione del personale del comparto e misure alternative

La rotazione del personale non dirigenziale, compresi i responsabili del procedimento sarà programmata annualmente nella misura del _____% dal Direttore UOC interessata entro il _____, nel rispetto del criterio descritto all'art. 6 del presente piano.

La suddetta programmazione dovrà essere tale da consentire la rotazione dei dipendenti del settore amministrativo nel triennio, ove possibile, tenendo conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e al rischio corruzione, garantendo percorsi formativi, in modo da preservare la continuità dei servizi.

Ne deriva che, per i dipendenti per i quali non sia possibile disporre la rotazione, il Direttore di U.O.C. dovrà in una relazione annuale motivare le ragioni ostative ed indicare misure alternative alla rotazione, quali:

Affiancamento con altro dipendente per lo svolgimento di determinati compiti

Audit con il soggetto che riveste un ruolo sovraordinato ai fini di un confronto sulle procedure adottate e valutarne l'efficacia.

La programmazione delle rotazioni del personale nell'ambito delle UU.OO.CC., unitamente alla relazione di accompagnamento, va trasmessa al Responsabile della prevenzione della corruzione e al Direttore dell'UOC Gestione Risorse umane/Ufficio personale per conoscenza.

Parte II Area clinica

Art. 9 - La rotazione del personale medico

In una seconda fase di attuazione della misura della rotazione, a partire dal 2_____, l'Azienda verificherà con riferimento all'area clinica, le nomine in scadenza dei Direttori di Dipartimento e valuterà se sussistono le condizioni per l'applicazione della misura della rotazione a coloro che ricoprono tale incarico, in piena aderenza con quanto stabilito nell'atto aziendale.

Nell'ambito poi, di ciascun Dipartimento, ogni Direttore di UU.OO.CC. valuterà, previa verifica delle specifi-

che competenze e professionalità, entro il _____, quali sono le figure professionali (dirigenti medici) rispetto ai quali sussistono le condizioni di fungibilità delle prestazioni e quindi di applicazione della misura o se, in alternativa, rispetto a tali soggetti bisognerà procedere con la previsione di misure di prevenzione alternative, tra cui spicca la c.d. segregazione delle funzioni più volte richiamata nel PNA 2016, essendo impossibile procedere alla rotazioni per motivi legati alla c.d. infungibilità delle competenze.

Art. 10 - La rotazione del personale addetto alle professioni sanitarie infermieristiche, riabilitazione e delle altre professioni tecnico - sanitarie

Infine, nell'ambito dei servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico - sanitarie, in linea con quanto previsto dall'atto aziendale, il Responsabile dell'IPAS servizio infermieristico ed ostetrico unitamente al Responsabile del servizio tecnico sanitario e riabilitativo, sulla scorta dei criteri di rotazione indicati nell'art. 6 del presente piano, valuteranno se sussistono le condizioni, fermo restando i vincoli legati all'applicazione della misura, per far ruotare coloro che ricoprono il ruolo di PO o di coordinatore del personale. L'elenco dei soggetti raggiunti dalla misura dovrà anche in tal caso pervenire al Direttore dell'UOC Risorse Umane/Ufficio personale e al RPCT entro il _____ di ciascun anno, a partire dal 2_____.

Art. 11 - Norme finali

L'azienda darà preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, al fine di consentire a quest'ultime di presentare proprie osservazioni e proposte anche se ciò, come sottolineato dal PNA 2016 (a pag. 29), non comporta l'apertura di una fase di negoziazione.

Art. 12 - Entrata in vigore del piano rotazionale

Il presente piano trova attuazione con effetto immediato, in considerazione della attività di verifica dei curricula e dei titoli di studio dei Dirigenti interessati dall'applicazione della misura nella prima fase.

Gli oneri di diffusione e pubblicità saranno adempiuti mediante pubblicazione del presente regolamento sul sito aziendale nella sezione altri contenuti/corruzione della sezione Amministrazione Trasparente.

In caso di nuove disposizioni normative o indicazioni dell'ANAC, il presente regolamento sarà oggetto di eventuali modifiche ed integrazioni.

La gestione del rischio

Nelle griglie di seguito riportate sono indicati solo alcuni dei processi comuni e specifici ai vari Enti appartenenti al SSN e alcune misure da prevedere in relazione a ciascun processo, al fine di consentire una corretta gestione del rischio, articolata in fasi:

- Mappatura dei processi: descrizione del singolo processo/procedimento;
- Valutazione del rischio in termini di probabilità di verificazione dell'evento rischioso di natura corruttiva individuato a seguito della descrizione del singolo processo/procedimento e suo impatto sull'ente;
- Trattamento del rischio: applicazione delle misure di prevenzione della corruzione.



La valutazione del rischio di natura corruttiva legato a ciascun processo/procedimento è rimessa all'Ente e, in particolare, richiede il coinvolgimento del personale con funzioni dirigenziali. Sono, all'uopo, state riportate nelle griglie degli esempi di valutazione del rischio in relazione ad alcuni processi, per evidenziare come se, da un lato, si tratta di un'analisi che ciascun Ente è tenuto a fare, dall'altro, però, tali valutazioni, in termini di probabilità di verificazione dell'evento rischioso ed impatto dello stesso sull'Ente, devono rispecchiare in concreto quanto riscontrato. Se si prendono, ad esempio, in considerazione i processi afferenti al settore degli appalti, risulta evidente come siamo di fronte ad un settore continuamente esposto a rischio corruzione, per cui tale aspetto deve emergere sia in sede di valutazione del rischio (in termini numerici) che di applicazione delle misure di prevenzione.

7. Scheda 1 - Processi a rischio corruzione appartenenti a tutti gli enti del S.S.N.

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Proveditorato		Gare sopra soglia comunitaria	Il rischio si annida nel definire requisiti di accesso ad hoc al fine di favorire un determinato fornitore, nel mancato controllo dei requisiti, uso distorto del criterio dell'OEPV, accordi collusivi tra partecipanti volti a manipolare gli esiti utilizzando il meccanismo del subappalto.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Gare sotto soglia comunitaria: procedure negoziate	Induzione ad indicare bisogni alterati per favorire determinati operatori economici o a diffondere informazioni riservate, ad alterare atti e valutazioni.	5	4	20	CRITICO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	

IV. La modulistica di riferimento

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Economato		Adesioni a contratti o convenzioni SORESA	Attività che non comporta discrezionalità da parte dell'area P.E.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Affidamenti diretti Gare sotto soglia e Affidamenti diretti	Utilizzo improprio delle procedure per affidamenti che richiedono un iter diverso.	5	5	25	CRITICO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Adesioni a convenzioni CONSIP, SORESA	Attività che non comporta discrezionalità da parte dell'area P.E.	2	3	6	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Acquisti su Piattaforma di MEPA CONSIP	Il rischio si annida nel frazionamento artificioso dei contratti per avvalersi delle acquisizioni in economia con elusione del ricorso a MEPA o CONSIP.	2	2	4	BASSO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Gestione magazzino economale: movimentazione, immagazzinamento, conservazione e consegna	Il rischio è ravvisabile nella possibilità che si verifichino furti interni di beni economici o materiale farmaceutico.	4	3	12	ALTO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Gestione casa economica	Somme riconosciute trimestralmente al funzionario delegato alle spese urgenti e di minore entità, per cui il rischio si ravvisa in acquisti non rispettosi delle procedure di legge da soggetti di fiducia.	4	3	12	ALTO	M01, M02, M03, M04, M09 ed M11 in fase di adozione	
		Gestione inventario	Mancato controllo qualitativo e quantitativo o di carico e scarico di beni, inesatta predisposizione tabulato giacenze.	2	2	4	BASSO	M01, M02	
		Emissioni ordinarie e liquidazione fatture	L'attività consiste nella verifica dei requisiti in sede di liquidazione fatture e il rischio si annida nella alterazione di importi e tempistiche.	2	2	4	BASSO	M01, M02, M03, M04	

IV. La modulistica di riferimento

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Pensioni	Concerne il procedimento di calcolo di oneri non dovuti per anni non prestati.	2	1	2	BASSO	M01, M02	
		Predisposizione ed adozione bilancio	Programmazione alterata/sottostima o sovrastima delle risorse economico-finanziarie necessarie per l'erogazione dei servizi.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Gestione economico-finanziaria		Stipendi	Mancato inserimento di dati giuridici ed economici che influiscono sulla retribuzione e mancato rispetto dei tempi di liquidazione.	2	1	2	BASSO	M01, M02	
		Gestione fatture e documenti passivi dei fornitori/Emissione ordinativi di pagamento/Transazione con i fornitori.	Omesse e/o non veritiere registrazioni contabili, emissione ordinativi di pagamento senza adeguata verifica delle prestazioni rese, sovrapprezzo, mancato rispetto ordine cronologico/disparità di trattamento tra fornitori.	3	2	6	BASSO	M01, M02	
		Gestione patrimonio aziendale, aggiornamento dell'inventario	Omissa o irregolare tenuta ed aggiornamento inventario/Utilizzo di procedure di selezione del contraente sia per le acquisizioni che per le alienazioni, che facciano prevalere l'interesse della controparte e non quello dell'azienda. Dispendio delle risorse finanziarie aziendali.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	
		Gestione fase verifica budget	Il rischio è riscontrabile nella elusione di regole predefinite al fine di agevolare una determinata U.O. e venga espresso parere contabile per importi superiori rispetto ai preventivi.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Gestione economica e magazzino.	Gestione procedure acquisiti con la cassa economica e gestione magazzini non trasparente. Utilizzo distorto degli affidamenti diretti. Alterazione della tenuta dei magazzini, sottrazione di beni.	3	3	9	MEDIO	M01,M02, M03,M04	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Area affari legali		Gestione copertura assicurativa RCT-RCO delle franchigie assicurative con relativa liquidazione	Danno economico ed all'immagine dell'Azienda.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	
		Gestione precontenzioso e contenzioso stragiudiziale/Gestione contenzioso attivo e passivo/Esecuzioni e dei giudicati	Ritardata costituzione in giudizio. Accordi stragiudiziali con clausole contraddittorie. Il rischio si rinviene nella scelta del legale cui conferire l'incarico e nel mancato rispetto del criterio della rotazione in presenza di short list di avvocati. Omessa o parziale esecuzione dei giudicati.	3	4	12	ALTO	M01, M02, M03, M04	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO		LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
					IMPATTO				
		Pignoramenti presso terzi	Accordi collusivi tra soggetto pignorato e avvocato in danno dell'Azienda.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04	
		Conferimento incarichi legali	Affidamento degli incarichi in violazione del principio di rotazione in presenza di <i>short list</i> .	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04 aggiornamento short list alla luce della nuova linea guida ANAC	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO		LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
					IMPATTO				
U.O.C. Area personale		Reclutamento personale	Il rischio si annida nella precostituzione di prove <i>ad hoc</i> per favorire alcuni candidati o nella nomina di commissari compiacenti.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04, M05	
		Gestione giuridica di tutti i rapporti di lavoro con predisposizione dei relativi provvedimenti in base allo stato giuridico ed alla carriera personale	Attività complessa e delicata da svolgere in conformità alla normativa di settore.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	

IV. La modulistica di riferimento

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO		LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
					IMPATTO				
		Gestione pratiche infortuni	Concessione benefici a soggetti non in possesso dei requisiti.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	
		Gestione permessi retribuiti	Concessione benefici a soggetti non in possesso dei requisiti.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M04	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO		LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
					IMPATTO				
U.O.C. Tecnico-Manutentiva		Programmazione Annuale e triennale	Predisposizione Piani Aziendali lavori, servizi e forniture, per cui il rischio va individuato nell'artificioso frazionamento dei LL.PP.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M07	
		Progettazione e validazione dei Progetti	Predisposizione documentazione tecnico amministrativa da porre a base di gara (capitolati d'appalto) con il rischio di indicare bisogni alterati e favorire determinati operatori.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04, M07	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Affidamento lavori, servizi e forniture tramite procedure aperte, ristretta o negoziata	Il rischio si annida nella violazione delle norme in materia di gare pubbliche, accordi collusivi tra imprese partecipanti ad una gara per manipolarne gli esiti utilizzando il subappalto per distribuire i vantaggi dell'accordo.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04, M07, M09	
		Affidamento di lavori di somma urgenza	Violazione delle norme in materia di lavori pubblici relativamente alla contabilità e alla conformità dell'opera realizzata rispetto al progetto appaltato.	5	5	25	CRITICO	M01, M02, M03, M04, M09	
		Contabilizzazione lavori	Erronea contabilizzazione delle prestazioni.	3	3	9	BASSO	M01, M02	
		Controllo sulla regolare esecuzione dei contratti	Omessa rilevazione di situazioni non conformi per favorire la ditta che si è aggiudicata l'appalto.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M04	
		Contratti di manutenzione ed ingegneria clinica	Mancata manutenzione ordinaria di beni mobili ed immobili al fine di favorire soggetti cui affidare interventi straordinari.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M04	
		Collaudo Attrezzature Sanitarie	Predisposizione provvedimento e approvazione collaudo, il rischio si sostanzia nella falsificazione della documentazione amministrativa, contabile per la collaudabilità.	2	2	4	BASSO	M01, M02	

8. Scheda 2 - Mappatura di alcuni processi specifici dell'Azienda Sanitaria Locale

Dipartimento di prevenzione - Servizi Veterinari

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Servizio Veterinario di Sanità Animale - Area A		Registrazione anagrafica nella Banca dati Nazionale del bestiame presente negli allevamenti (D.P.R. n. 317/1996)	Processo che non cela rischio corruttivo per l'assenza di un effetto economico diretto e immediato nei confronti del titolare dell'azienda. Può profilarsi però la registrazione di un'azienda zootecnica carente dei requisiti previsti dalla normativa.	3	2	6	BASSO	M01, M02	
		Erogazione di indennizzi per animali abbattuti in caso di focolai di malattie infettive	Processo che si esplica nell'erogazione di un indennizzo per animali colpiti da malattia infettiva e abbattuti. Il rischio si annida nella quantificazione dell'indennizzo da erogare al titolare della azienda in cui è stato disposto l'abbattimento o nel mancato rispetto dei termini di conclusione del procedimento.	4	4	4	BASSO	Rotazione funzionale Nomina di una commissione interna in caso di obbligatorietà dell'abbattimento degli animali	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Attribuzione di qualifica sanitaria degli allevamenti e rilascio della relativa attestazione sanitaria con connesso vantaggio economico (commercializzazione, accesso a finanziamenti e contributi)	Il rischio si annida nella attribuzione della qualifica sanitaria necessaria in assenza dei requisiti di legge che consente all'allevatore di commercializzare animali e prodotti.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03 Monitoraggio a campione su certificazioni cartacee rilasciate di attribuzione della qualifica sanitaria	
		Attività di controllo della corretta gestione anagrafica del bestiame delle Aziende Zootecniche a cui possono essere connessi vantaggi economici	Attività svolta in adempimento della normativa comunitaria e nazionale. Processo a rischio corruzione dal momento che le aziende per accedere a premi comunitari devono aver adempiuto alla normativa nazionale e comunitaria. L'esito favorevole o no comporta rilevanti conseguenze per l'azienda controllata.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03 Rotazione funzionale del personale dirigente veterinario che effettua controlli	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
Servizio Veterinario di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto degli alimenti di origine animale e derivati ^{AREA B}		Istruttoria attivazione stabilimenti bollo CEE ed esercizi di produzione e confezionamento di alimenti di O.A. Il riconoscimento degli stabilimenti lo fa l'ufficio regionale preposto sulla scorta del parere rilasciato dal servizio sanitario	Il rischio si annida nella non corretta verifica amministrativa della documentazione presentata dai Responsabili degli stabilimenti e quindi nel rilascio di un parere non conforme per carenza dei requisiti sanitari e strutturali dello stabilimento sulla scorta del quale la Regione attribuisce il riconoscimento.	3	3	9	MEDIO	M01, M02	
		Rilascio certificazione sanitaria per l'esportazione di prodotti di O.A. con vantaggio economico nella commercializzazione.	La certificazione consente agli stabilimenti riconosciuti di poter esportare prodotti di origine animale in Paesi terzi.	4	4	16	ALTO	M01, M02	
		Nulla osta macellazione uso familiare.	Controllo documentale e visita ispettiva delle carcasce ed organi. Attività a rischio.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	
		Controlli ufficiali nei macelli	Controllo documentale, ispezione e campionamento.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Controlli ufficiali presso esercizi di vendita al dettaglio e somministrazione di alimenti	Rilievo di non conformità in capo di controlli ufficiali ed applicazione di misure previste dal Reg. n. 882/2004 art 54.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04	
		Attività istruttoria per la registrazione degli OSA	Verifica della documentazione e registrazione del sistema informatico regionale.	3	3	9	MEDIO	M01, M03	M02,
		Applicazione del D.Lgs. n. 194/2008 e tariffario regionale	Applicazione delle tariffe per prestazioni rese dal servizio.	3	2	6	BASSO	M01, M04	M02,
		Certificazione/attestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Attività di rilascio di certificazioni.	3	3	9	MEDIO	M01, M03, M04	M02,
		Trasmissione notizia di reato	Accertamento e comunicazione alla Procura della Repubblica.	3	3	9	MEDIO	M01, M02	

IV. La modulistica di riferimento

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Registrazione e controllo delle aziende zootecniche destinate alla produzione del latte	Il rischio si annida nell'iscrizione di un'azienda zootecnica che non ha i requisiti previsti dalla normativa per la produzione del latte, con la conseguenza che tale registrazione dà la possibilità all'azienda priva di requisiti di commercializzare il suo latte.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03 L'istruttoria della pratica di registrazione è eseguita dal Dirigente Veterinario competente per territorio insieme ad un tecnico della prevenzione; invece, la registrazione viene effettuata da altro	
		Autorizzazione e controllo trasporto animale	Attività di controllo e tutela degli animali nella fase di trasporto. Il rischio si annida nel rilascio di autorizzazione in maniera impropria all'Autotrasportatore titolare di mezzo privo dei requisiti igienico sanitari o nell'assenza in capo a quest'ultimo del Certificato per conducenti o guardiani per il trasporto animale.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03 I codici Univoci che identificano coloro che sono autorizzati ai trasporti di animali sono inseriti nel sistema informativo Veterinario	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Attività di vigilanza e di controllo negli stabilimenti di produzione, confezionamento e commercializzazione di prodotti di O.A.	L'attività si concretizza in controlli negli stabilimenti di produzione, confezionamento e commercializzazione di prodotti di O.A. e quindi nella verifica dei requisiti igienico sanitari degli alimenti, delle attrezzature, delle strutture e processi di lavorazione. In essa vengono eseguiti campionamenti e le analisi sono svolte dagli IZS. Carenza di controlli.	4	4	16	ALTO	M01, M02, M03, M04	
		Autorizzazione e controllo farmaci veterinari	Attività di controllo dell'autorizzazione alla detenzione e all'utilizzo dei farmaci veterinari, tramite verifica delle ricette veterinarie che pervengono all'Ufficio, negli ambulatori veterinari, come scorta da parte dei liberi professionisti o negli impianti di allevamento e custodia di animali	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
Servizio Veterinario di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto degli alimenti di origine animale e derivati"AREA C		Controllo e vigilanza sulla produzione e commercio degli alimenti destinati agli animali da reddito e sul benessere degli animali da reddito	Il rischio si annida nel rilascio di certificazione in violazione della normativa di settore sia per quanto riguarda l'igiene dei mangimi destinati agli animali da reddito sia per quanto concerne il benessere animale in allevamento. Alle citate certificazioni sono collegati il riconoscimento di Premi comunitari.	3	3	9	MEDIO	Rotazione funzionale/utilizzo di check list che andrebbero elaborate e scaricate dal sistema informativo veterinario, che riportano le informazioni anagrafiche dell'azienda da controllare. Tutte le ispezioni eseguite sono registrate nella BDN, sezione controlli	
		Controlli sul benessere degli animali durante la fase di trasporto	Sopralluoghi e redazioni Verbali, attività di supporto alle FFOO.	3	3	9	MEDIO	M01, M04, M02,	
		Controlli sulla riproduzione animale	Sopralluoghi ispettivi visite agli animali, autorizzazione ai campionamenti.	3	3	9	MEDIO	M01, M04, M02,	

Contrasto alla corruzione nel settore sanitario: strategie e processi organizzativi

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
		Rilascio di pareri preventivi e di conformità su progetti edilizi di impianti zootecnici	Verifica congruità istanza e relativa documentazione, sopralluogo e verbali di accertamento, rilascio parere, nulla osta. Violazione della normativa di settore.	3	3	9	MEDIO	M01, M04	M02,
		Gestione delle emergenze e degli stati di allerta in campo mangimistico	Sopralluogo ispettivo, acquisizione documentazione, procedimento di svincolo della merce presso gli operatori del settore Mangimistico.	3	3	9	MEDIO	M01, M04	M02,
		Interventi per la verifica di maltrattamenti a danno degli animali	Attività che non comporta rischi di natura corruttiva.	0	0	0	NULLO		
		Interventi in materia di igiene urbana con riferimento alla presenza e detenzione di animali	Attività che non comporta rischi di natura corruttiva.	0	0	0	NULLO		

Aziende ospedaliere - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.)

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. di	55	Incarichi dirigenziali (Unità semplici divisionali -UOS) incarichi di professionisti di alta specializzazione IPAS	Proposizione alla Direzione generale del numero e della tipologia di incarichi anche se la decisione finale spetta alla Direzione Generale.	3	2	9	MEDIO	M01, M02, M04	
	56	Attività libero professionale	Attività svolta solo in regime extramurario Il procedimento reca in sé rischi legati alla fase di autorizzazione allo svolgimento dell'attività e alla fase di esercizio dell'ALPI, come l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione dei volumi di attività autorizzata, lo svolgimento dell'attività in orario di servizio.	4	4	16	ALTO	Per la fase di autorizzazione, previsione di una verifica ogni 6 mesi della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI e degli spazi utilizzati. Per la fase di esercizio, prenotazione di tutte le prestazioni tramite CUP aziendale, aggiornamento ogni 6 mesi delle liste di attesa istituzionali	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
	57	Gare per presidi e farmaci	Il procedimento in sé reca una serie di rischi di natura corruttiva legati alla definizione quantitativa e qualitativa di fabbisogni non corrispondenti a criteri di efficacia ed economicità, scarsa motivazione sulle ragioni tecniche che giustificano l'acquisto di un prodotto al posto di un altro oltre alla formulazione di criteri di valutazione e attribuzione dei punteggi che possono favorire determinati operatori economici.	4	4	16	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04, M07, M09, M11	
	58	Inserimento di farmaci nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO)	Proposizione esclusivamente dell'inserimento. La decisione finale di inserire il farmaco nel PTO è presa da una commissione ospedaliera.	3	3	9	MEDIO	M01, M02, M03, M04, M07, M09	

IV. La modulistica di riferimento

STRUTTURA RESPONSABILE N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
59	Liste d'attesa per ricoveri ordinari, day hospital e visite ambulatoriali	La procedura di prenotazione è informatizzata. Ai pazienti vengono assegnati criteri di priorità predefiniti dal sistema sulla base della gravità della condizione clinica. Il grado di priorità è assegnato dal medico che prenota.	3	3	9	MEDIO	Rispetto dell'ordine cronologico di prenotazione e prenotazione esclusivamente per via informatica	
60	Sperimentazioni cliniche	Manipolazioni di dati ad opera di singoli professionisti o di equipe al fine di favorire un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, donazioni ...) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni o congressi, consulenze per la formazione e ricerca).	3	3	9	MEDIO	Adozione di uno specifico Regolamento Verifica in ordine alla insussistenza conflitto di interessi dei membri del Comitato Etico sia al momento della loro nomina che della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica.	

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITÀ ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
	61	Attività conseguenti al decesso ospedaliero.	Gestione poco trasparente dell'assegnazione e dei servizi di onoranze funebri a predeterminate imprese da parte degli addetti ai reparti o delle camere mortuarie in cambio di utili. Mantenimento per molti anni di un'assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell'ospedale. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento di alcuni compiti quali ad esempio vestizione salma.	3	3	9	MEDIO	L'Azienda ha provveduto ad <u>esternalizzare</u> la gestione dell'attività mortuaria o soluzioni alternative adottate	