



REGIONE LIGURIA



RAPPORTO SULLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2020

Gruppo di lavoro regionale
sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza
nelle Aziende Sanitarie e negli enti della Regione Liguria

Genova, 24 novembre 2020

LE AZIENDE PARTECIPANTI



Sommarrio

I componenti del gruppo di lavoro	4
PARTE I	5
1. INTRODUZIONE	5
2. IL PERCORSO REALIZZATO AD OGGI	5
3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ, E METODOLOGIA DI LAVORO	7
4. PIANO DI ATTIVITÀ E RIUNIONI 2020	7
5. ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2020	7
5.1. Pubblicazione dei dati patrimoniali reddituali alla luce delle disposizioni del decreto Milleproroghe 2020.....	8
5.2. Adeguamento della normativa sull' antiriciclaggio	8
5.3 Adozione e approvazione aggiornamento modulistica comune	8
5.4 Rendicontazione donazioni	8
5.5 Indicazioni sull'attuazione dell' art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.	9
5.6 Attività formative	10
5.7 Servizio gestione camere mortuarie.....	11
5.8 Interpretazione sull'applicabilità al settore sanitario dell'art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013, in materia di inconfiribilità.....	11
PARTE II	12
6. NUOVA PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ ULTIMO TRIMESTRE 2020 E OBIETTIVI 2021	12
6.1. Analisi, valutazione e gestione dei rischi corruttivi	12
6.2. Linee guida e regolamento generale su conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico	12
6.3 Procedure di gestione <i>whistleblowing</i>	14
6.4 Istituzione registro informatico degli accessi	14
6.5 Misure di prevenzione nell'emergenza	15
6.6 Piano formativo 2021	15
6.7 Ipotesi attività per il 2021.....	18
7. RIFLESSIONI CONCLUSIVE	19
ALLEGATI	20

I componenti del gruppo di lavoro

G. Walter Locatelli

Commissario Straordinario A.Li.Sa.

Laura Oliveri

RPCT Policlinico San Martino IRCCS
Coordinatrice del Gruppo di Lavoro
A.Li.Sa

Maria Paola Compiano

RPCT A.Li.Sa.

Roberta Zanetti

Referente Direzione A.Li.Sa.

Davide Dulbecco

RPCT ASL 1

Dott. Marco Esposto

RPCT ASL 2

Morena Scurani

RPCT ASL 2

Geronima Caffarena

RPCT ASL 4

Barbara Graverini

RPCT ASL 5

Francesco De Nicola

RPCT E.O. Ospedali Galliera

Miranda Grangia

RPCT E.O. Ospedali Galliera

Carlo Berri

RPCT IRCCS G. Gaslini

PARTE I

1. INTRODUZIONE

Sulla base dell'esperienza realizzata e valutata positivamente negli anni precedenti, e proseguendo lungo le linee di attività già avviate a livello regionale sul fronte dell'approccio al tema dell'illegalità in termini proattivi, fondati non tanto sul rispetto formale delle procedure ma sull'applicazione "sostanziale e coerente" della normativa (opportunità di cambiamento culturale nella lotta alla corruzione e per la trasparenza) l'attività del Gruppo di Lavoro a suo tempo designato a livello regionale è proseguita anche per l'anno 2020.

Anche per il 2020 il Gruppo ha cercato di offrire alle Istituzioni regionali alcuni strumenti per mantenere alta l'attenzione sui temi strategici direttamente correlati all'integrità del sistema sanitario, esercitando la propria funzione di indirizzo, coordinamento e controllo nell'applicazione concreta di iniziative finalizzate alla prevenzione di illeciti e ad assicurare la massima trasparenza sul funzionamento e sulle attività delle Aziende sanitarie del Sistema Socio Sanitario ligure.

Il Gruppo di Lavoro ha proseguito la propria attività in conformità con gli obiettivi individuati nel rapporto 2019 e condivisi con Alisa, ai fini dell'applicazione degli adempimenti connessi al Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019—2020 in tutte le aziende sanitarie regionali:

- ✓ Approfondimento delle nuove indicazioni espresse da ANAC con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2020 – 2022;
- ✓ Approfondimento sul tema del conflitto di interessi in sanità;
- ✓ Analisi e monitoraggio dei risultati delle misure di prevenzione applicate
- ✓ Definizione delle procedure operative comuni e uniformi per la gestione delle segnalazioni di *whistleblowing* ricevute tramite la piattaforma comune;
- ✓ Definizione del Registro degli accessi
- ✓ Regolamentazione normativa antiriciclaggio
- ✓ Attività di Formazione per i RPCT e per il personale delle aziende e degli enti del SSR.

In conseguenza dell'emergenza dovuta al Covid 19 si è poi reso necessario rimodulare i suddetti obiettivi e prevedere ulteriori attività e adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza connessi con la suddetta emergenza.

Il Gruppo ha quindi proseguito le proprie attività anche da remoto nel suddetto periodo.

2. IL PERCORSO REALIZZATO AD OGGI

In breve sintesi, il percorso realizzato dal Gruppo di Lavoro fino ad oggi ha visto la concretizzazione delle seguenti attività ed iniziative:

1) Attività realizzate nel 2016

Analisi ed esame generale ed analitico delle principali aree di rischio (secondo le indicazioni ANAC) con predisposizione del primo rapporto preliminare sull'applicazione della normativa anticorruzione in Regione Liguria (dicembre 2016) e la stesura di "raccomandazioni" per le Istituzioni regionali e per le Direzioni aziendali.

2) Attività realizzate nel 2017

- A. approfondimento in materia di libera professione i. m. con redazione di un documento di analisi che, partendo dall'esame della normativa (nazionale e regionale) vigente e dalla comparazione dei regolamenti adottati dalle singole aziende, ha evidenziato i possibili ambiti di miglioramento realizzabili nell'area in questione;
- B. condivisione e deliberazione da parte di Alisa della modulistica comune individuata dal Gruppo di Lavoro per assicurare ai cittadini un'uniformità e coerenza di approccio alle tematiche connesse con la normativa in questione in tutto il territorio regionale.
- C. progettazione e strutturazione dei corsi di formazione con contenuti, modalità e organizzazione proposte dal Gruppo di Lavoro sia per gli RPCT e i Responsabili delle aree a maggiore rischio, sia "di base" per tutto il personale dipendente del SSR, come supporto culturale e universale.

3) Attività realizzate nel 2018

- A. Organizzazione e coordinamento con i Colleghi delle Aziende sanitarie liguri responsabili della formazione e dei Servizi informatici per l'avvio e la somministrazione del Corso FAD (sulla base del programma formativo elaborato nel 2017)
- B. Regolamentazione uniforme per l'invio e la gestione delle segnalazioni di "*whistleblowing*" (anche alla luce delle recenti disposizioni e degli aggiornamenti ANAC);
- C. Gestione dei contratti pubblici;
- D. Rotazione degli incarichi.

4) Attività realizzate nel 2019

In conformità con La DGR n. 7 dell'11 gennaio 2019 che, nell'ambito degli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2019, ha individuato le attività che devono essere svolte, il Gruppo di lavoro ha svolto le seguenti attività:

- A. Predisposizione di Linee Guida comuni sull'adozione e gestione del Piano;
- B. Stesura del catalogo dei processi e individuazione di indicatori misurabili;
- C. Mappatura delle aree e dei processi a maggior rischio;
- D. Individuazione delle relative misure di prevenzione per ridurre il rischio;
- E. Realizzazione del sistema di monitoraggio;
- F. Realizzazione Corso FAD programmato nel 2018;
- G. Applicazione e gestione *software* e gestione applicativo *whistleblowing*;
- H. Verifica/aggiornamento modulistica standard.

Nel corso del secondo semestre 2019 il Gruppo Regionale è stato impegnato per dare attuazione uniforme alla Delibera ANAC 586/2019 riguardante la Pubblicazione dati patrimoniali e reddituali dei Dirigenti, nonché alla raccolta e catalogazione delle informazioni raccolte.

5) Attività realizzate nel 2020

- A. Pubblicazione dei dati patrimoniali reddituali alla luce delle disposizioni del decreto Milleproroghe 2020;
- B. Adeguamento della normativa sull' anticiclaggio;
- C. Adozione e approvazione aggiornamento modulistica comune;
- D. Rendicontazione donazioni;
- E. Indicazioni sull'attuazione dell'art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;
- F. Approfondimento su gestione delle camere mortuarie nelle Aziende Sanitarie;

G. Approfondimenti incompatibilità e inconferibilità.

3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ, E METODOLOGIA DI LAVORO

Il Gruppo di Lavoro ha operato confrontandosi, condividendo esperienze, problematiche riscontrate in fase di applicazione delle norme e soluzioni operative ed organizzative realizzate, avendo come impostazione di fondo quella di ricercare e assicurare l'applicazione della normativa con una modalità coerente, uniforme e condivisa a livello regionale.

Sulla base dei pareri favorevoli e condivisi, basati sull'esperienza di tutti i partecipanti, la metodologia di lavoro ha ricalcato quella da sempre seguita, con approfondimenti affidati a sottogruppi, pareri richiesti sia alle professionalità specifiche in diversi settori nelle Aziende sanitarie (es. tecnici informatici) sia presso A.Li.Sa., ma con successiva condivisione da parte di tutti i componenti del gruppo di lavoro al completo e con il supporto da parte di Alisa

Il Gruppo ha dovuto sospendere gli incontri nel periodo compreso tra marzo e settembre 2020, ha tuttavia continuato a lavorare da remoto sulla base delle disponibilità di volta in volta manifestate e compatibilmente con gli impegni di ciascuno.

Per la realizzazione delle attività programmate sono stati individuati tre sottogruppi di lavoro per l'approfondimento sui diversi temi individuati, che si sono riuniti separatamente per poi riferire sull'attività svolta nelle riunioni del Gruppo in plenaria, con la partecipazione attiva di tutti i componenti.

4. PIANO DI ATTIVITÀ E RIUNIONI 2020

Nel corso della prima riunione svoltasi in data 17/01/2020, sulla base degli specifici obiettivi e linee di attività indicati nella succitata delibera per quanto attiene alla materia della "TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE" il Gruppo di lavoro ha approvato il piano delle attività indicate nel precedente paragrafo 2.

Nella successiva riunione del 7/02/2020 sono state definiti ruoli e responsabilità e individuati i sottogruppi di lavoro, purtroppo le riunioni del Gruppo sono state sospese fino a settembre e sono riprese soltanto in data 9 ottobre.

In tale occasione è stato fatto il punto sull'attività svolta, e riprogrammate le attività per l'ultimo trimestre 2020 e gli obiettivi da proporre ad Alisa per il 2021.

Dopo la prima riunione nuovamente in presenza, a causa della nuova emergenza, il gruppo ha effettuato le successive riunioni su piattaforma teams in data 5 e 20 novembre 2020.

Anche le riunioni dei sottogruppi si sono svolte con le stesse modalità.

5. ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2020

In questo periodo che ha visto Alisa impegnata a fronteggiare l'emergenza sanitaria, il Gruppo regionale degli RPCT ha lavorato anche da remoto producendo documentazione e approfondimenti che il Dott. Locatelli ha esaminato ed approvato.

Da un lato, il Gruppo ha lavorato per realizzare gli obiettivi fissati per il 2020, e laddove necessario li sta rimodulando alla luce delle mutate esigenze organizzative, dall'altro ha svolto gli approfondimenti normativi che impongono ulteriori e specifici adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza in questa fase di emergenza.

Di seguito gli interventi più significativi:

5.1. Pubblicazione dei dati patrimoniali reddituali alla luce delle disposizioni del decreto Milleproroghe 2020.

E' stata affrontata la tematica relativa alla pubblicazione dei dati patrimoniali reddituali alla luce delle disposizioni del Decreto Milleproroghe 2020 ed è emersa la necessità di condividere un'interpretazione comune delle disposizioni dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 in relazione alla pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali, in attesa della definizione normativa.

Su richiesta del Dott. Nervi, RPCT di Regione Liguria, che ha comunicato che il Ministro per la Funzione Pubblica ha costituito una Commissione per la revisione dell'impianto della Legge 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, alla quale partecipano delegati della Conferenza Stato Regioni.

Conseguentemente, poiché sarebbe necessaria una revisione anche dell'art. 41 del D.Lgs. 33/2013 in relazione al SSN, è stata predisposta una breve nota con le nostre proposte da presentare alla prossima riunione della Conferenza Stato Regioni e conseguentemente alla suddetta commissione.

Inoltre, sono state elaborate dal gruppo specifiche linee guida sull'applicazione art. 14 sintetizzate in uno specifico prospetto riepilogativo, approvate da Alisa e trasmesso alle Aziende. **Allegato 1**

5.2. Adeguamento della normativa sull' antiriciclaggio

Il Gruppo ha predisposto la documentazione e gli atti che gli Enti e le Aziende Sanitarie devono adottare per ottemperare alle suddette disposizioni e aggiornare gli atti precedentemente adottati, individuando le procedure, modalità di segnalazione delle operazioni sospette e soggetti responsabili al fine di garantire l'efficacia nella rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione e l'omogeneità dei comportamenti.

E' stato predisposto uno specifico regolamento contenenti le relative disposizioni attuative, approvato da Alisa e trasmesso alle Aziende, per il recepimento e l'applicazione dello stesso.

Al riguardo è emersa la necessità di effettuare una specifica attività formativa per i Referenti al fine di dare effettiva e concreta attuazione alle suddette disposizioni.

Si decide quindi di inserire tale attività tra gli obiettivi formativi del prossimo PTPCT. **Allegato 2**

5.3 Adozione e approvazione aggiornamento modulistica comune

E' stato completato l'aggiornamento della modulistica comune in materia di trasparenza e predisposta la delibera di approvazione di Alisa. (del .Commissario Straordinario n. 150 del 30.4.2020). **Allegato 3**

5.4 Rendicontazione donazioni

Il D.L. 17 marzo 2020, n. 18 *“Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”* convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, all' Art. 99 *“Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, comma 5 prevede che ciascuna pubblica

amministrazione beneficiaria di erogazioni liberali, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle stesse, è tenuta ai seguenti adempimenti:

- attuazione di apposita rendicontazione separata;
- apertura di un conto corrente dedicato, ai fini di assicurare la completa tracciabilità dei flussi delle erogazioni ricevute;
- pubblicazione sul proprio sito internet di tale separata rendicontazione al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, obbligo peraltro ribadito dalla Delibera ANAC n. 312 del 09/04/2020.

Inoltre, dall'inizio dell'emergenza legata alla pandemia da coronavirus le Aziende del Servizio sanitario regionale hanno ricevuto anche donazioni di beni quali apparecchiature elettromedicali e dotazioni di protezione, oltre naturalmente a beni di conforto per il personale o generi vari per i pazienti ricoverati.

La Regione Liguria ha assicurato il costante monitoraggio dei flussi delle donazioni richiedendo una rendicontazione mensile di tutte le elargizioni liberali, sia in danaro che in beni materiali, nell'ottica di massima trasparenza nella gestione di tali risorse, e a tal fine con nota in data 23/04/2020 ha trasmesso agli enti del SSR specifico prospetto denominato "DONAZIONI EMERGENZA COVID".

Al fine di uniformare le procedure e le modalità di rendicontazione, Alisa ha invitato pertanto le Aziende e gli Enti del SSR, qualora non avessero già provveduto, a:

- verificare che gli obblighi sopra indicati siano stati eseguiti;
- verificare la corretta e costante compilazione del prospetto mensile regionale;
- pubblicare il suindicato prospetto nella Sezione Amministrazione Trasparente sottosezione "Interventi straordinari e di emergenza". **Allegato 4**

5.5 Indicazioni sull'attuazione dell' art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Il Decreto "Cura Italia" ha previsto specifici obblighi di trasparenza imposti richiamando l'Art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., che, in materia di trasparenza prevede specifici obblighi di pubblicazione in caso di situazioni di emergenza che comportano l'adozione di atti in deroga alla legislazione vigente.

In particolare, la norma stabilisce che le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze pubblicano nella Sezione Amministrazione trasparente - Sottosezione Interventi straordinari e di emergenza:

- a) i provvedimenti adottati, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonchè l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti;
- b) i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari;
- c) il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.

I settori delle Aziende e degli Enti del SSR principalmente coinvolti nella fase di emergenza che ci ha colpiti, nell'ambito dei quali sono state svolte attività in deroga alla legislazione vigente, riguardano principalmente gli acquisti di beni e dispositivi sanitari, i lavori, l'acquisizione di personale, le donazioni beni e le elargizioni di denaro.

Conseguentemente, è stato disposto che tutte le Aziende ed Enti del SSR inserissero nei propri siti istituzionali una specifica voce “Emergenza Covid” dove pubblicare tutti i suddetti provvedimenti.
Allegato 5

5.6 Attività formative

a. Corso FAD “la legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione”

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

In considerazione della necessità di una erogazione capillare dell'intervento formativo che è indirizzato alla più ampia platea di destinatari (tutti i dipendenti delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del SSR.), per lo sviluppo di una cultura “diffusa” sui valori di legalità ed etica del lavoro, Alisa con nota prot. n. 4840 del 27.02.2020 ha evidenziato la necessità di prorogare per il 2020 l’erogazione del corso in argomento,

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

Con il PNA 2019 approvato con Deliberazione n. 1064/2019, ANAC ha riorganizzato in modo più omogeneo quanto già illustrato nei PNA precedenti e introdotto nuove metodologie per la gestione e la valutazione del rischio da porre a base dei Piani della Prevenzione della Corruzione dei singoli Enti.

Sulla base delle indicazioni contenute nell’Allegato 1 al PNA 2019, e come evidenziato anche nel Rapporto Annuale 2019 dal è emersa la necessità di elaborare un modello applicativo con una matrice comune per tutte le AA.SS.LL. e per gli Enti/Istituti del SSR per la valutazione e la gestione del rischio corruttivo.

Al riguardo era stato inizialmente previsto di organizzare un evento formativo in presenza per gli RPCT e per tutti i Dirigenti interessati al processo di valutazione e gestione del rischio.

Poiché a causa dell’emergenza sanitaria non è possibile organizzare eventi in presenza, e in considerazione dell’importanza di tale attività, si ritiene opportuno e necessario organizzare un corso FAD – accreditato ECM per i professionisti della sanità - avente ad oggetto la metodologia per l’analisi, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC, che analizzi nel dettaglio le varie fasi di cui si compone la gestione del rischio, fornendo gli strumenti e gli approfondimenti ritenuti necessari.

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

ASL 3 ha già sviluppato i contenuti di un corso FAD sulle nuove modalità di gestione e valutazione del rischio e si è dichiarata disponibile a metterlo a disposizione per la relativa erogazione nel corso del 2021. I contenuti saranno pertanto recepiti dal Gruppo regionale degli RPCT e trasmessi alle singole Aziende/Enti/Istituti del S.S.R..

Dal punto di vista tecnico/informatico, ciascuna Azienda/Ente/Istituto del S.S.R. potrà utilizzare la propria piattaforma FAD.

Le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. non dotate di propria piattaforma, invece, potranno stipulare accordi con ASL 3 e, conseguentemente, le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che utilizzeranno la propria piattaforma FAD dovranno provvedere all'accREDITAMENTO ECM del corso per i propri discenti.

1. Le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che intenderanno avvalersi del corso FAD di ASL 3 dovranno prendere accordi con il predetto Provider al fine di definire sia il numero dei discenti che la relativa offerta economica. In questo caso, ASL3 accrediterà il corso per tutte le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che si appoggeranno sulla piattaforma della stessa ASL.

In entrambe le ipotesi, trattandosi di un progetto formativo di interesse regionale, tutti i Provider risultano esentati dal pagamento della quota di € 200,00 dovuta dagli stessi nei confronti di Regione Liguria all'atto della progettazione di ciascun evento ECM.

Considerato che il corso in argomento rientra nelle attività di formazione obbligatoria per i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza e per il personale dirigente rientrante nelle aree a rischio di corruzione come attualmente definite dai P.T.P.C.T 2020 – 2022, le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. dovranno verificare la partecipazione al corso da parte dei dipendenti interessati; in caso di mancata effettuazione, dovrà esserne data segnalazione alla Direzione Strategica. **Allegato 6**

5.7 Servizio gestione camere mortuarie

A seguito di notizie pubblicate da alcuni quotidiani riguardanti le indagini avviate dall'Autorità giudiziaria in ordine all'ipotesi di reato di "concorso in corruzione di incaricato di pubblico servizio" a carico di personale dipendente della Soc. Cooperativa Maris, aggiudicataria di gara regionale del servizio di gestione delle camere mortuarie, in data 10.06.2020 Alisa ha trasmesso alle Aziende Sanitarie una nota riguardante la gestione del servizio delle camere mortuarie contenente anche la proposta di integrazioni operative, con la richiesta di una valutazione delle stesse.

Il Gruppo di lavoro ha analizzato dette proposte ed ha redatto ed approvato una Scheda di approfondimento nella quale è stata evidenziata l'importanza della redazione della mappatura dei rischi e dell'adozione di specifiche misure di prevenzione quali cartellonistica, registro accessi delle ditte, ecc. che è stata trasmessa ad Alisa. **Allegato 7**

5.8 Interpretazione sull'applicabilità al settore sanitario dell'art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013, in materia di inconferibilità

Nel giugno 2020, su richiesta del RPCT del Policlinico San Martino, ANAC ha fornito un parere fondamentale per l'interpretazione e l'applicazione al settore sanitario dell'art. 4 comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 39/2013, in materia di inconferibilità degli incarichi dirigenziali anche alla luce della delibera ANAC n. 149/2014 e alla sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014.

Con la **Deliberazione n. 713 del 4 agosto 2020 ANAC**, in continuità con l'orientamento espresso in altri recenti provvedimenti, ha stabilito che il regime sull'inconferibilità degli incarichi ex art. 4 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i applicabile alla Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie, deve intendersi esteso anche ai dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle suddette Aziende in quanto anch'essi sono titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

PARTE II

6. NUOVA PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ ULTIMO TRIMESTRE 2020 E OBIETTIVI 2021

6.1. Analisi, valutazione e gestione dei rischi corruttivi

Sulla base dei contenuti del corso Fad "Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC" sopra descritto, il Gruppo dovrà elaborare un modello applicativo con una matrice comune per tutte le aziende sanitarie e per gli enti del SSR per la valutazione e la gestione del rischio sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 approvato con Deliberazione ANAC n. 1064/2019 che dovrà essere applicato nella redazione dei futuri PTPCT.

6.2. Linee guida e regolamento generale su conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico

Nel Rapporto di attività 2019 il Gruppo ha effettuato un approfondimento sul tema del conflitto di interessi in tutte le sue espressioni, e ha trattato anche il settore delle sperimentazioni cliniche, le sponsorizzazioni e l'attività intramoenia.

Dobbiamo ora approfondire in modo completo la tematica del conflitto di interessi nel settore sanitario e scientifico di sempre maggiore interesse in questo particolare momento, e quale approfondimento del documento generale predisposto lo scorso anno ed elaborare indicazioni e linee guida per le Aziende Sanitarie.

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

- A. **ricerca scientifica**
- B. **attività clinica, prescrizione terapeutica e di esami diagnostici**
- C. **formazione e aggiornamento professionale**
- D. **rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni**

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

A. RICERCA SCIENTIFICA

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

B. ATTIVITÀ CLINICA

- *Interventi e prestazioni sanitarie prescrizione terapeutica e di esami diagnostici.*

È un vero e proprio mercato che risente inevitabilmente di asimmetrie informative che permettono ai professionisti sanitari di influenzare sia l'offerta di servizi e prestazioni, sia la domanda dei pazienti. Ne conseguono la prescrizione e l'erogazione di innumerevoli interventi

sanitari inefficaci e inappropriati, in particolare quando il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione sono inesistenti o inefficaci.

- *Libera professione.*

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

C. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'aspetto principale riguarda la Formazione sponsorizzata e l'attribuzione dei crediti ECM: *Regolamento ASL 5.*

D. RAPPORTI INDIVIDUALI E DI GRUPPO CON INDUSTRIE, ENTI, ORGANIZZAZIONI E ISTITUZIONI

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

- *Ricerca scientifica*
 - a. riviste biomediche
 - b. produzione di Linee Guida
 - c. ECM
- *Informazione farmaceutica*

Accettando un regalo il medico viola la giustizia distributiva e gli obblighi professionali, in quanto trasferisce a sé una ricchezza pagata (nel costo della medicina) dai pazienti o dai cittadini attraverso i sistemi sanitari, mentre ai cittadini è fatto credere che l'alto costo dei medicinali sia dovuto principalmente agli investimenti per la ricerca.

Salvo rare eccezioni gli studi di esposizione all'informazione fornita direttamente dalle aziende si associano nei 2/3 dei casi a prescrizioni inappropriate:

- di basso livello qualitativo
- in numero elevato
- con aumento dei costi

dal 53% al 69% delle prescrizioni sono inappropriate

Con una prescrizione inappropriata il medico si pone in conflitto di interessi nei confronti dei suoi pazienti.

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

- *Ruolo e nei comportamenti delle Società scientifiche*

Anche se non coinvolte direttamente nell'erogazione dei servizi sanitari, svolgono un ruolo significativo perché, grazie alla produzione di linee guida, definiscono gli standard clinico-assistenziali per guidare i comportamenti professionali. Inoltre, le società scientifiche definiscono l'agenda delle priorità, sia attraverso le tematiche individuate per la formazione dei loro associati, sia richiamando l'attenzione dei cittadini su specifiche malattie e condizioni. A fronte di interessi economici, i conflitti di interesse possano pregiudicare l'indipendenza delle società scientifiche, anche perché in Italia non esiste alcun obbligo di

rendicontare pubblicamente l'entità dei finanziamenti ricevuti dall'industria. E' ben noto che l'organizzazione dei congressi delle società scientifiche viene generalmente sponsorizzata da aziende farmaceutiche e biomedicali che conferiscono - generalmente in maniera indiretta - consistenti onorari ai relatori, in particolare a opinion leader particolarmente influenti.

- *Ruolo delle Associazioni dei pazienti.*

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

6.3 Procedure di gestione *whistleblowing*

Nel corso del 2020 si è proceduto ad attivare il sistema informatizzato di ricezione delle segnalazioni da parte del *wistleblower*. Si rende però necessaria la redazione di un percorso univoco e condiviso tra tutte le Aziende della gestione delle segnalazioni pervenute, al fine di uniformare i comportamenti ed avere dei risultati omogenei.

Il sottogruppo che si occupa del regolamento ha iniziato con la raccolta del materiale da prendere in considerazione, che è costituito dalla seguente documentazione:

- Linee guida ANAC 2015 e 2019
- Regolamento ANAC del luglio 2020 in materia di *whistleblower* (Linee Guida sul Regolamento in corso di elaborazione da parte di Anac)
- Sentenza Consiglio di Stato marzo 2020
- Procedura elaborata dall'Istituto Giannina Gaslini denominata: "Procedura di tutela del dipendente che denuncia illeciti – *whistleblower*."

Oltre a quanto sopra, verranno presi in considerazione i contenuti del Corso on line "*Whistleblowing – Disamina e applicazione del Nuovo Regolamento ANAC*", che offre diversi spunti di riflessione.

Il regolamento da predisporre dovrà stabilire con chiarezza i seguenti punti:

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

Dovranno essere garantiti il rispetto della privacy del segnalante (in caso la segnalazione non sia anonima).

La redazione del regolamento costituirà un ulteriore passo per la standardizzazione delle procedure in tema di anticorruzione e trasparenza all'interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

6.4 Istituzione registro informatico degli accessi

Nel corso del 2020 è già stato affrontato il tema ed è stata predisposta una relazione contenente diverse soluzioni applicative.

E' necessario inoltre realizzare un collegamento al protocollo informatico, indispensabile per la realizzazione del protocollo informatico e un link nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

Occorre quindi coinvolgere gli esperti informatici di ciascuna Azienda, per verificare le possibilità applicative ed elaborare uno specifico regolamento.

6.5 Misure di prevenzione nell'emergenza

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

E' pertanto necessario prevedere un programma di misure e indicatori da applicare anche ex post, al fine appunto di dimostrare la predisposizione di azioni ad hoc.

Ad esempio, ANAC, considerata la rilevanza socio-economica che gli effetti del periodo emergenziale hanno prodotto sul Paese, ha effettuato un'indagine conoscitiva sugli affidamenti connessi al trattamento ed al contenimento dell'epidemia da Covid-19.

6.6 Piano formativo 2021

Anche per il 2020 si ritiene necessario continuare il percorso formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza avviato nel 2019.

Dalle considerazioni svolte, è emersa la necessità di inserire nei piani formativi per l'anno 2021 il corso FAD sulle nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019, ai fini della redazione dei Piani di Prevenzione della Corruzione 2021-2023, come di seguito descritto.

L'emergenza sanitaria ha rivoluzionato le attività ordinarie di molti settori delle nostre aziende impegnati più direttamente a contrastare la pandemia e ha reso pertanto problematico il rispetto degli adempimenti di legge tra cui quelli relativi alla prevenzione della corruzione. Tuttavia anche in una fase così delicata e critica per la nostra società, come questa che stiamo vivendo, non si può abbassare la guardia nella lotta ai fenomeni corruttivi ed è necessario trovare un adeguato bilanciamento tra l'efficienza delle attività amministrative e sanitarie e la tutela dei principi di trasparenza, di parità di trattamento, di correttezza e integrità. Per questa ragione si è ritenuto doveroso proseguire comunque nelle attività previste dalla normativa e nell'applicazione delle misure di prevenzione, compresa quella formativa, sia pure rimodulate sulla base della situazione emergenziale in atto. Tale doverosa attenzione è stata rimarcata anche dalla recente Del. n. 18/2020 della Corte dei Conti destinata agli Organi di Controllo Interno degli Enti Locali e del Comparto Sanità.

Si è pensato pertanto di allargare a tutte le aziende sanitarie della Regione Liguria un percorso formativo a distanza (Corso FAD) attivato questa primavera da Asl3, che, pur tenendo conto delle esigenze e delle criticità in essere, non prescindesse dall'obiettivo di tenere sempre alta l'attenzione sulle tematiche dell'anticorruzione.

Proprio tenendo presenti le criticità di questo momento il corso è stato costruito secondo le seguenti caratteristiche:

Il corso è strutturato come "FAD" (formazione a distanza) accreditato ECM, anziché in aula come originariamente programmato prima del Covid, per ridurre i contatti in presenza e favorire la partecipazione dei numerosi dipendenti che in questi mesi stanno lavorando in "*smart – working*".

Il corso è dedicato al processo della gestione del rischio sulla base dell'aggiornamento fornito da ANAC, nel PNA 2019 in modo da garantire già le basi e le istruzioni per le attività connesse con le analisi dei processi a rischio da svolgere nel corso dell'anno.

Nella parte introduttiva sono stati richiamati i principi di fondo che stanno alla base del significato e delle finalità dell'analisi dei processi.

Il test finale di valutazione non è costituito da domande con risposte multiple (con un approccio inevitabilmente nozionistico) e con una valutazione effettuata automaticamente dalla piattaforma; viene richiesto, invece, la compilazione di due tabelle 1) della mappatura del processo; 2) del trattamento del rischio) sulla base delle informazioni fornite nelle slide dei moduli.

La valutazione viene effettuata dal RPCT in collaborazione con il proprio Staff, che assegna un punteggio da 0 a 10 (6 il valore minimo per la sufficienza).

Questi ultimi due punti rappresentano le maggiori novità introdotta e sono stati pensati proprio per tenere conto delle criticità organizzative e dalla mancanza di tempo in cui molti uffici potrebbero incorrere a seguito dell'emergenza anche nel 2021. Infatti, le tabelle compilate per il test, opportunamente riviste dai vari RPCT, avrebbero la funzione di servire da spunto per l'aggiornamento della gestione del rischio da pubblicare come parte integrante ed essenziale nel PTPCT 2022 – 2024. In questo modo frequentando il corso verrebbe adempiuto anche l'obbligo fondamentale di rivisitare la mappatura dei processi e l'elenco delle misure di prevenzione (esistenti e progettate) sgravando gli uffici da ulteriori obblighi.

Nello tempo sarebbe possibile intercettare processi non ancora analizzati predisposti da quel personale (anche sanitario) che, malgrado non sia stato ancora coinvolto nel processo della gestione del rischio, verrebbe spinto ad effettuare il corso incentivato dall'attribuzione di crediti ECM.

Si è convinti, inoltre, che il collegamento tra la gestione del rischio e l'attività di formazione migliorerà la qualità dell'analisi dei processi in quanto il candidato eseguirà il test (costituito appunto dalla compilazione delle tabelle della gestione del rischio) cercando di impegnarsi al massimo per ottenere un risultato positivo, mentre un'analisi slegata da una valutazione di merito produrrebbe risultati meno significativi.

I moduli del corso sono stati preceduti da una introduzione in cui sono richiamati i concetti fondamentali sulla scorta dei quali si deve procedere all'analisi del contesto, alla mappatura e alle altre fasi della gestione del rischio. Lo scopo di questo preambolo è quello di evidenziare che, al di là della metodologia impiegata, e precisata nel proseguo del corso, non devono essere mai dimenticati i principi di fondo che sorreggono questo lavoro: e cioè che il fine di questa attività deve contribuire a migliorare l'efficienza delle strutture coinvolte attraverso l'individuazione di misure che prevengono la "corruzione" proprio perché migliorano il contesto organizzativo e la "performance" anche individuale del personale.

E quindi che le misure individuate a seguito dell'analisi dei processi devono trovare la loro applicazione non solo nell'ambito della trasparenza dell'anticorruzione ma avere una portata più ampia perché devono servire ad innalzare il livello di efficienza e di produttività dell'ufficio nel suo complesso.

Se il corso riuscirà a trasmettere questo concetto, questo collegamento tra l'attività di analisi dei processi con le attività quotidiane dell'ente allora i compiti del RPCT potranno essere percepiti da tutti non come adempimenti formali ma come una concreta opportunità di crescita per l'organizzazione.

Di seguito si riportano in dettaglio i suddetti principi e concetti propedeutici per l'avvio del processo della gestione del rischio:

- 1) Corruzione allargata: il processo della gestione del rischio si prefigge lo scopo "di favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa". Quindi tutto ciò che va contro il buon andamento di un processo può

essere considerato corruzione (intesa quindi come “malamministrazione”). In altre parole l’obiettivo della gestione del rischio non è quella di trovare “corrotti” o “tangenti” all’interno degli uffici ma di far emergere disfunzioni a livello organizzativo e trovare rimedi adeguati.

- 2) Gradualità e approfondimento: nel senso che le varie fasi del processo dovrebbero essere svolte per gradi; all’inizio partendo da un’analisi più generale e sintetica per arrivare ad un’analisi più approfondita e analitica. Ciò comporta, ad esempio, che un determinato processo, ancorché sia stato già mappato l’anno precedente deve essere comunque rivisto l’anno successivo non solo alla luce di eventuali novità normative intervenute (come ad esempio la decretazione “anticovid” adottata in deroga alla normativa vigente) ma anche per affinarlo meglio, per migliorarlo e adeguarlo ad una situazione organizzativa che da un anno all’altro potrebbe anche parzialmente mutare. La gestione del rischio, dunque, non si configura come un lavoro statico ma dinamico sempre in continua evoluzione.
- 3) Specializzazione: nel senso che i processi devono essere analizzati per far emergere le “prassi operative” in uso dai vari uffici per lo svolgimento delle attività del processo; non è sufficiente, ad esempio, descrivere un processo riferendosi semplicemente alla legge o al regolamento di riferimento ma avendo a mente le modalità organizzative proprie del contesto in cui esso si svolge.
- 4) Prudenza: nel senso che le scelte sulle valutazioni del rischio devono evitare il pericolo di sottostimare il rischio con la conseguenza di escludere dalla mappatura o dal trattamento alcuni processi che almeno potenzialmente potrebbero essere meritevoli di indagine.
- 5) Partecipazione del personale: nel senso che tutte le fasi della gestione del rischio dovrebbero essere attuate in “autovalutazione”: sotto il coordinamento del RPCT le attività di identificazione dei rischi e del trattamento dovrebbero risultare da una riflessione che coinvolga il più possibile i dipendenti degli uffici rientranti nelle aree a rischio e non ridursi a decisioni a tavolino, prese magari all’ultimo momento, da una persona sola: ciò per evitare il pericolo di un lavoro astratto e burocratico fine a sé stesso. Con il PNA 2019 è stata introdotta una fase “trasversale” al processo della gestione del rischio denominata “consultazione e comunicazione” proprio per rafforzare i canali di comunicazione, di coinvolgimento e di condivisione dei dipendenti (e dei portatori di interesse) nel ciclo del rischio.
- 6) Misure organizzative e programmate: nel senso che le misure di prevenzione sono individuate dopo avere rintracciato le variabili di contesto, ovvero i “fattori abilitanti” (organizzativi, sociali e ambientali) che rendono possibile l’evento corruttivo. Non possono perciò essere frutto di “mero formalismo” e ridursi a generici “proclami” a rispettare le norme che regolano un determinato processo o al vago rispetto degli obblighi di trasparenza. Per questa ragione le misure devono essere “progettate in termini di precisi obiettivi da raggiungere” da parte delle Strutture aziendali, con un’assunzione di responsabilità da parte dei dirigenti dopo un’attenta valutazione di sostenibilità dal punto di vista economico e delle risorse a disposizione.

Il corso è composto di quattro moduli così intitolati:

- Il contesto
- La valutazione del rischio
- Il trattamento del rischio
- Le fasi trasversali della gestione del rischio: monitoraggio, riesame e comunicazione

Prima dell’attivazione del corso le varie slide saranno riviste da tutto il Gruppo di Lavoro per migliorare e aggiornare i contenuti sulla base delle ultime normative e sugli interventi dell’Anac. In quella sede sarà l’occasione per concordare eventuali criteri di valutazione degli elaborati, l’eventualità di costituire un

gruppo di valutazione accentrato oppure di prevedere che i RPCT esaminino i test dei candidati delle altre aziende (e non della loro) per evitare conflitti di interesse ed esprimere un giudizio più oggettivo (anche in considerazione del fatto che il percorso formativo è stata accreditato).

6.7 Ipotesi attività per il 2021

Alla luce di queste considerazioni, in attesa che ci vengano assegnati gli obiettivi di lavoro per il 2021, il Gruppo ritiene necessario concentrare le proprie attività e i propri approfondimenti sulle seguenti tematiche:

- Analisi, valutazione e gestione dei rischi corruttivi;
- Approfondimento delle nuove indicazioni espresse da ANAC con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2020 – 2022;
- Misure di prevenzione adeguate ai nuovi rischi corruttivi dovuti all'emergenza Covid 19;
- Approfondimento sul tema del conflitto di interessi in sanità elaborazione Linee guida e regolamento generale;
- Definizione delle procedure operative comuni e uniformi per la gestione delle segnalazioni di *whistleblowing* ricevute tramite la piattaforma comune;
- Definizione del Registro informatico degli accessi

- Attività di Formazione per i RPCT e per il personale delle aziende e degli enti del SSR
 - Nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019
 - Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio.

Ma naturalmente il Gruppo svolgerà la propria attività sulle iniziative e sugli obiettivi che gli verranno assegnati dalle Istituzioni regionali.

7. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

A conclusione delle attività svolte nel 2020, caratterizzato dalla gravissima emergenza pandemica, sono utili alcune osservazioni e alcune riflessioni.

Il Gruppo di Lavoro ha mantenuto la cooperazione con le Istituzioni (Assessorato e ALISA) molto positiva, concreta ed efficace.

Innanzitutto, malgrado le difficoltà del momento il Gruppo è rimasto coeso e quindi tra tutte le Aziende sanitarie liguri è proseguito anche per il 2020 quel “network” tra gli RPCT che ha consentito di condividere problemi e soluzioni, scambi di informazioni, approfondimenti e buone pratiche sull’applicazione (non solo sull’interpretazione) della normativa, assicurando così quell’omogeneità e quella coerenza di applicazione su tutto il territorio che rappresentava uno degli obiettivi primari iniziali.

Come descritto nel presente Rapporto, sono stati rimodulati gli obiettivi e gli interventi per affrontare, tenendo conto del carico di lavoro dei diversi Servizi, anche i rischi di corruzione derivanti dalla situazione di emergenza, proponendo ad Alisa soluzioni che dimostrano che le Istituzioni Regionali mantengono alto il livello di attenzione e di governo delle situazioni.

Nel contempo, anche da remoto, sono state realizzate anche le attività correnti di applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Tuttavia, malgrado i nostri sforzi, non è stato ancora completamente compresa la nostra funzione di collaborazione e supporto per la prevenzione dei rischi corruttivi, intesa non come mero adempimento formale, ma come reale ed efficace azione di miglioramento.

Conseguentemente sarebbe opportuno un ulteriore coinvolgimento delle Direzioni strategiche aziendali che consenta al RPCT di esercitare effettivamente una funzione di programmazione e coordinamento che preveda il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all’adozione e all’attuazione delle misure di prevenzione, anche mediante l’assegnazione di obiettivi specifici (coerenti con il sistema delle performance) ai Responsabili di struttura, in particolare quelle a maggiore rischio.

Inoltre il RPCT dovrebbe essere messo realmente in condizioni di guidare la propria Azienda nell’individuare e anticipare i rischi di corruzione, implementando le opportune misure organizzative di prevenzione, ciò assicurandogli il posizionamento organizzativo e gli strumenti operativi adeguati.

Possiamo quindi confermare che l’esperienza realizzata e il percorso compiuto hanno contribuito alla crescita e allo sviluppo professionale degli RPCT, affermando la concretezza del loro ruolo e sottolineandone l’importanza strategica nelle Aziende sanitarie rispetto agli obiettivi di prevenzione della corruzione introdotti dalla normativa e la modalità di lavoro attraverso la costituzione di sottogruppi per la trattazione degli argomenti e la successiva condivisione, ha consentito di affrontare un maggior numero di argomenti e adempimenti previsti dalla normativa e condividerne la più corretta attuazione.

Sono stati individuati nuovi obiettivi per il 2021, in particolare le modalità per la valutazione e la gestione del rischio alla luce delle più recenti indicazioni di ANAC, proseguiamo nel nostro impegno di collaborazione con le Istituzioni Regionali, sulla base delle indicazioni e direttive che ci verranno fornite.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

PUBBLICAZIONE DEI DATI ECONOMICO PATRIMONIALI DEI DIRIGENTI DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SSR

Con riferimento agli obblighi di pubblicazione dei dati economico patrimoniali dei dirigenti delle Aziende e degli Enti del SSR, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 21/02/2019 con l'art. 1 comma 7 del D.L. n. 162 del 30/12/2019 (c.d. decreto "*Milleproroghe*"), sono state sospese fino al 31/12/2020 la vigilanza e le sanzioni sull'applicazione dell'art. 14 del D.Lgs. 33/2013, comma 1, nei confronti dei soggetti di cui al comma 1-*bis* (di tutti i dirigenti apicali e non).

Con Atto di segnalazione al Parlamento n. 1/2020 ANAC ha chiesto diverse modifiche al D.L. che sono state sostanzialmente accolte nella legge di conversione n. 8 del 28/02/2020, che ha escluso dalla sospensione in questione (cioè dalla sospensione di vigilanza e sanzioni) i titolari di incarichi dirigenziali "generalisti" di cui all'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, mentre la sospensione degli obblighi rimane in vigore per tutti gli altri dirigenti

La sospensione della vigilanza e delle sanzioni da parte dell'ANAC è fissata fino al 31/12/2020 in quanto entro tale data dovrebbe essere emanato un regolamento ministeriale che stabilirà quali dati devono essere pubblicati con riferimento al comma f).

Il decreto "*Milleproroghe*" ha previsto alcuni criteri a cui il regolamento ministeriale dovrà attenersi (che sono state in parte modificati dalla legge di conversione), tra i quali:

- a) Graduazione degli obblighi di pubblicazione solo per quanto concerne i dati fiscali (e non per gli altri obblighi dell'art. 14, come era scritto nel Decreto Legge: quindi tutti gli altri obblighi riguarderanno tutti i dirigenti indistintamente)
- b) Obbligo di non indicizzazione dei dati art. 14 (si parla di tutti i dati non solo quelli del comma f); quindi non sarà possibile ricercare i dati dei dirigenti con una semplice ricerca sul web.

In tale situazione, su proposta del Gruppo di Lavoro degli RPCT delle Aziende e degli Enti del SSR è stato predisposto un riepilogo contenente indicazioni circa gli adempimenti da seguire in attesa dell'emanando regolamento ministeriale.

A. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

A 1. Obbligo di pubblicazione lettere a - e) D.Lgs n. 33/2013

Le norme suindicate prevedono la sospensione dei controlli **non** la sospensione dell'obbligo di pubblicazione. Considerando che la "graduazione" riguarda solo i dati fiscali (in base alla Legge di conversione) non avrebbe senso omettere di pubblicare gli altri obblighi previsti dall'art. 14:

- ✓ Comma 1 lett. a) atto di conferimento;
- ✓ Comma 1 lett b) i CV;
- ✓ Comma 1 lett. c) compensi di qualunque tipo e i compensi di viaggi e missioni;

- ✓ Comma 1 lett d) /e) dati relativi all'assunzione di altre cariche/ eventuali altri incarichi a carico della finanza pubblica.

Tutti questi obblighi devono essere adempiuti tempestivamente. (ex art. 8 D.lgs. n. 33/2013).

A 2. Sospensione pubblicazione art. 14 comma. 1 lett. f) per la “Direzione strategica”

In considerazione delle diffide presentate dalle associazioni, come già deciso dal Gruppo di Lavoro alla fine dell'anno scorso è stata sospesa la pubblicazione di tali dati.

La Legge di conversione prevede la possibilità di verifiche Anac nel corso del 2020 per i dirigenti di cui all'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001.

Anche in considerazione delle disposizioni in materia di tutela della privacy, si suggerisce di attendere le disposizioni del Regolamento ministeriale.

A 3. Sospensione pubblicazione dati ex comma 1 – ter (emolumenti complessivi)

Il Comma 1 – ter non è stato dichiarato incostituzionale; i dati dovrebbero essere pubblicati anche se anche per essi vige la sospensione dei controlli.

Anche in questo caso, si suggerisce di attendere le disposizioni del Regolamento ministeriale

I dati da pubblicati potrebbero essere estratti dalla Banca dati di Perlapa.

B. OBBLIGO DI ACQUISIZIONE DEI DATI

Occorre innanzitutto evidenziare che il Decreto Trasparenza introduce l'obbligo di pubblicare i dati annualmente per Direzione strategica e direttori di Dipartimento e Strutture complesse.

L'art. 14 si riferisce soltanto all'obbligo di pubblicazione dei dati, e pertanto la raccolta degli stessi è finalizzata alla pubblicazione medesima.

In caso di sospensione della pubblicazione non sembra previsto l'obbligo di acquisizione dei dati stessi.

Ciò è suffragato anche dalla necessità di tutela della riservatezza degli interessati, in considerazione della normativa sulla privacy.

Conseguentemente, il riferimento normativo riguardante l'obbligo di acquisizione è costituito in questa fattispecie dall'art. 13 c. 3 del DPR n. 62/2013 (Codice di Comportamento) che richiede ai dirigenti di fornire le informazioni sulla situazione patrimoniale e la dichiarazione annuale dei redditi e che tali documenti siano conservati agli atti.

Di conseguenza tali dati devono comunque essere richiesti a tutti i nuovi dirigenti con le tempistiche previste dall'art. 2 della L. n. 441/1982, e precisamente le informazioni sulla situazione patrimoniale (modulo dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili) ed il 730/Unico ecc. (ultimo disponibile) una sola volta entro tre mesi dalla nomina.

Conseguentemente, allo stato attuale di sospensione della pubblicazione di tali dati fino al 31 dicembre 2020, nell'incertezza normativa e in attesa di chiarimenti normativi in relazione all'obbligo di pubblicazione, anche per non incorrere in violazione delle norme sulla privacy si ritiene di non richiedere la suddetta documentazione ai Dirigenti in servizio.

Per i Dirigenti cessati la Delibera ANAC n. 241/2017 prevede che il dirigente cessato:

- entro tre mesi dalla sua cessazione debba depositare una dichiarazione concernente la variazione della situazione patrimoniale (rispetto alla dichiarazione precedente).
- debba presentare anche la copia della dichiarazione dei redditi riferiti ai redditi dell'anno di cessazione (quindi se cessa nel I semestre deve presentare solo la dichiarazione relativa all'anno precedente se nel II semestre deve presentare anche quella dell'anno in corso come dispone la L. n. 441/82).

Si allega prospetto riepilogativo, con il riferimento alla modulistica approvata con deliberazione n. 150/2020.

Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Soggetti interessati	obbligo pubblicazione a seguito della legge di conversione al Decreto	obbligo acquisizione a seguito della legge di conversione al Decreto "milleproroghe" nel corso del 2020	modulistica	Responsabili dell'acquisizione del dato
	Per ciascun titolare di incarico:		DG, DA, DS, DSS Direttori Dipartimento, Strutture complesse e semplici				RPCT per: DG, DA, DS, DSS, Dir. Scient. S.C. Risorse Umane per: Direttori Dipartimento, Strutture complesse e semplici
Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SI'	SI'		
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SI'	SI'		
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SI'	SI'		
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SI'	SI'		
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		SI' da pubblicare solo un prospetto di sintesi sulla base delle dichiarazioni che è possibile sostituire prendendo i dati già inseriti su Perlaps	SI' (sarebbero da acquisire le dichiarazioni da parte dei dirigenti: quest'anno si è verificata anche la sospensione per covid fino al 15 maggio: quindi in ogni caso nessuno le ha richieste per il 31 marzo). Per evitare di richiederle in questo periodo di emergenza possibile sostituzione con i dati presi dalla bancadati	Modulo n. 9	S.C. Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 13 c. 3 DPR n. 62/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico)	Tutti i dirigenti	NO	NO		
Art. 13 c. 3 DPR n. 62/2013	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Tutti i dirigenti	NO	NO		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Annuale	DG, DA, DS, DSS Direttori Dipartimento, Strutture complesse	NO (anche per la Direzione strategica, per una maggior tutela della privacy, si ritiene prudente posticipare l'acquisizione della documentazione in attesa del regolamento ministeriale)	Solo per Direzione Strategica per nuove assunzioni/nomine (sulla base del secondo periodo del c. 3 dell'art. 13 del DPR n. 62/20013)	Modulo n. 11 (propria dichiarazione); eventuali Modd. n. 12-13 (per coniuge e parenti) e mod. 14 (dichiarazione mancato consenso)	S.C. Gestione Risorse Umane

Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Annuale	DG, DA, DS, DSS Direttori Dipartimento, Strutture complesse	NO (anche per la Direzione strategica, per una maggior tutela della privacy, si ritiene prudente posticipare l'acquisizione della documentazione in attesa del regolamento ministeriale)	Solo per Direzione Strategica e per nuove assunzioni/nomine (sulla base del secondo periodo del c. 3 dell'art. 13 del DPR n. 62/20013)	Eventuale modulo n. 14 per mancato consenso coniuge e parenti	S.C. Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	DG, DA, DS, DSS Direttori Dipartimento, Strutture complesse	NO (anche per la Direzione strategica, per una maggior tutela della privacy, si ritiene prudente posticipare l'acquisizione della documentazione in attesa del regolamento)	Solo per Direzione Strategica per nuove assunzioni/nomine (sulla base del secondo periodo del c. 3 dell'art. 13 del DPR n. 62/20013)	Modulo n. 15 (propria dichiarazione); eventuali Modd. n. 12 – 13 (per coniuge e parenti) e mod. 14 (dichiarazione)	S.C. Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 31 marzo)	DG, DA, DS, DSS Direttori Dipartimento, Strutture complesse e semplici	SI	SI	Modulo n. 10	S.C. Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi	Anno di cessazione	DIRIGENTI CESSATI e DG, DA, DS, DSS (qualora cessassero quest'anno)	NO	SI'		S.C. Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Entro 3 mesi dalla cessazione	DIRIGENTI CESSATI e DG, DA, DS, DSS (qualora cessassero quest'anno)	NO	SI'	Modulo n. 15 – bis (che deve essere compilato anche dal coniuge/parenti se hanno dato il consenso)	

ALLEGATO 2

ADEGUAMENTO NORMATIVA IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO

SCHEMA DI DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione delle Disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo e individuazione del Gestore delegato a valutare e trasmettere alla UIF le comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto Legislativo 22 giugno 2007, n. 109, recante “Misure per prevenire, contrastare e reprimere il finanziamento del terrorismo internazionale e l’attività dei paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale, in attuazione della direttiva 2005/60/CE”;

VISTO il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231, in tema di “Attuazione della Direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosi e di finanziamento del terrorismo, nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione” e successive modifiche e integrazioni;

VISTO in particolare l’art. 10, comma 2, del predetto decreto che prevede fra i destinatari degli obblighi di segnalazione di operazioni sospette gli uffici della pubblica amministrazione;

VISTO altresì, il comma 4, dell’art. 10 del medesimo decreto, come sostituito dall’art. 1, comma 1, D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 90, in base al quale, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le pubbliche amministrazioni comunicano all’Unità di informazione finanziaria per l’Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell’esercizio della propria attività istituzionale;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, concernente la “Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione”;

VISTO il Provvedimento della Banca D'Italia — Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia in data 23 aprile 2018 avente ad oggetto “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”;

CONSIDERATO che il sopracitato decreto del Ministero dell'Interno, al fine di prevenire e contrastare l'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosi e di finanziamento del terrorismo ed in attuazione della direttiva 2005/60/CE, ha disposto:

- la segnalazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, di attività sospette o ragionevolmente sospette relativamente ad operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, mediante l'applicazione degli indicatori di anomalia, volti a ridurre i margini di incertezza connessi con valutazioni soggettive ed aventi lo scopo di contribuire al contenimento degli oneri e al corretto e omogeneo adempimento degli Obblighi di segnalazione di operazioni sospette;
- l'individuazione, ai sensi dell'articolo 6 del “Gestore”, quale soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni all'Unità di informazione finanziaria per l'Italia;

RILEVATO, pertanto, che occorre dare attuazione al sopra menzionato D.M. del 25 settembre 2015, individuando la figura del Gestore, ed i Referenti/Responsabili tenuti a segnalare al Gestore come sopra individuato le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018 nei seguenti campi di attività:

- procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

RITENUTO, pertanto, di individuare:

- il dott. _____, Responsabile della Prevenzione della Corruzione quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal.....al
- i Dirigenti delle seguenti aree di rischio e singole strutture:
 - ...
 - ...
 - ...

quali Referenti/Responsabili e tenuti a segnalare al Gestore come sopra individuato le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018;

RITENUTO, infine opportuno approvare le "Disposizioni e procedure interne da osservarsi da parte delle Strutture dell'Ente in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo", che allegate alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale (all. A);

SU PROPOSTA di....

SENTITO il parere

DELIBERA

- di individuare, per quanto in premessa specificato, il dott. _____, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dirigente _____, quale Gestore delle Segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015, per il triennio dal.... al _____ ;
- di individuare i i Dirigenti delle seguenti aree di rischio e singole strutture:
 - ...
 - ...
 - ...

quali Referenti/Responsabili tenuti a segnalare al Gestore come sopra individuato le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018 nei seguenti campi di attività:

- procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
 - procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
 - procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati;
- di approvare le “Disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo” per l’efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività delle segnalazioni all’UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell’effettuazione della segnalazione stessa ne l’omogeneità dei comportamenti, mediante l’applicazione degli indicatori di anomalia secondo quanto prescritto dal DM 25.9.2015 che, allegate alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale (all. A);
- di dare atto che il Gestore, nell’ambito della propria competenza, potrà definire e portare a conoscenza delle Strutture eventuali disposizioni attuative e interpretative delle disposizioni allegate alla presente deliberazione;
- di disporre che la presente deliberazione ed il relativo allegato sono resi noti mediante pubblicazione sul sito web dell’Ente, sezione “Amministrazione Trasparente”.

AII. A

DISPOSIZIONI E PROCEDURE INTERNE IN MATERIA DI COMUNICAZIONE DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO E DI FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO

Sommario

Articolo 1 - (Riferimenti normativi)

Articolo 2 - (Nozioni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo)

Articolo 3 - (Definizioni)

Articolo 4 - (Scopo e ambito)

Articolo 5 - (Il Gestore delle segnalazioni alla UIF)

Articolo 6 - (I Responsabili)

Articolo 7 - (Compiti dei Responsabili)

Articolo 8 - (Segnalazione interna)

Articolo 9 - (Verifica degli elementi dell’operazione – Indicatori di anomalia)

Articolo 10 - (Trasmissione delle informazioni al Gestore)

Articolo 11 - (Comunicazioni da Azienda alla UIF)

Articolo 12 - (Formazione)

Articolo 13 - (Riservatezza)

Articolo 14 - (Disposizioni finali)

Articolo 1 **(Riferimenti normativi)**

- **D.Lgs. 22 giugno 2007, n. 109**, “Misure per prevenire, contrastare e reprimere il finanziamento del terrorismo e l'attività dei Paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale, in attuazione della direttiva 2005/60/CE” e s.m.i.;
- **D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231**, “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione” e s.m.i.;
- **D.M. del Ministero dell'Interno, 25 settembre 2015**, “Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione”;
- **Provvedimento della Banca d'Italia - UIF, 4 maggio 2011**, “Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette”;
- **Provvedimento della Banca d'Italia - UIF, 23 aprile 2018**, “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”.

Articolo 2 **(Nozioni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo)**

Ai fini delle presenti disposizioni ed in conformità con quanto previsto dall'art. 2, comma 4, del D.Lgs. 231/2007, si intende per **“riciclaggio”**:

- a) la conversione o il trasferimento di beni, effettuati essendo a conoscenza che essi provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività, allo scopo di occultare o dissimulare l'origine illecita dei beni medesimi o di aiutare chiunque sia coinvolto in tale attività a sottrarsi alle conseguenze giuridiche delle proprie azioni;
- b) l'occultamento o la dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sugli stessi, effettuati essendo a conoscenza che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- c) l'acquisto, la detenzione o l'utilizzazione di beni essendo a conoscenza, al momento della loro ricezione, che tali beni provengono da un'attività criminosa o da una partecipazione a tale attività;
- d) la partecipazione ad uno degli atti di cui alle lettere a), b) e c), l'associazione per commettere tale atto, il tentativo di perpetrarlo, il fatto di aiutare, istigare o consigliare qualcuno a commetterlo o il fatto di agevolarne l'esecuzione. Il riciclaggio è considerato tale anche se le attività che hanno generato i beni da riciclare si sono svolte nel territorio di un altro Stato.

Ai fini delle presenti disposizioni ed in conformità con quanto previsto dall'art. 1, comma 1 lett. d) del d.lgs. 109/2007 e dall'art. 2, comma 6, del D.lgs. 231/2007, si intende per **“finanziamento del terrorismo”** qualsiasi attività diretta, con ogni mezzo, alla fornitura, alla raccolta, alla provvista, all'intermediazione, al deposito, alla custodia o all'erogazione, in qualunque modo realizzate, di fondi e risorse economiche, direttamente o indirettamente, in tutto o in parte, utilizzabili per il compimento di una o più condotte, con finalità di terrorismo secondo quanto previsto dalle leggi penali, ciò indipendentemente dall'effettivo utilizzo dei fondi e delle risorse economiche per la commissione delle condotte anzidette.

Articolo 3 (Definizioni)

Ai fini delle presenti disposizioni si intendono per:

- **“indicatori di anomalia”**: fattispecie rappresentative di operatività ovvero di comportamenti anomali, finalizzate ad agevolare la valutazione, da parte dei segnalanti, degli eventuali profili di sospetto di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- **“mezzi di pagamento”**: il denaro contante, gli assegni bancari e postali, gli assegni circolari e gli altri assegni a essi assimilabili o equiparabili, i vaglia postali, gli ordini di accreditamento o di pagamento, le carte di credito e le altre carte di pagamento, le polizze assicurative trasferibili, le polizze di pegno e ogni altro strumento a disposizione che permetta di trasferire, movimentare o acquisire, anche per via telematica, fondi, valori o disponibilità finanziarie;
- **“operazione”**: l'attività consistente nella movimentazione, nel trasferimento o nella trasmissione di mezzi di pagamento o nel compimento di atti negoziali a contenuto patrimoniale; costituisce operazione anche la stipulazione di un atto negoziale, a contenuto patrimoniale, rientrante nell'esercizio dell'attività professionale o commerciale;
- **“operazione sospetta”**: l'operazione che per caratteristiche, entità, natura, collegamento o frazionamento o per qualsivoglia altra circostanza conosciuta in ragione delle funzioni esercitate, tenuto conto anche della capacità economica e dell'attività svolta dal soggetto cui è riferita, in base agli elementi a disposizione, acquisiti nell'ambito dell'attività svolta, induce a sapere, sospettare o ad avere motivo ragionevole per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa;
- **“UIF”**: l'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia, istituita presso la Banca d'Italia, cioè la struttura nazionale incaricata di ricevere dai soggetti obbligati, di richiedere ai medesimi, di analizzare e di comunicare alle autorità competenti le informazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo; le funzioni e competenze della UIF sono descritte all'art. 6, comma 4, del d.lgs. 231/2007;
- **“Comitato di sicurezza finanziaria”**: il Comitato di sicurezza finanziaria istituito, con decreto-legge 12 ottobre 2001, n. 369, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 dicembre 2001, n. 431, e disciplinato con il decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109, in ottemperanza agli obblighi internazionali assunti dall'Italia nella strategia di contrasto al riciclaggio, al finanziamento del terrorismo e della proliferazione delle armi di distruzione di massa ed all'attività di Paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale, anche al fine di dare attuazione alle misure di congelamento disposte dalle Nazioni unite e dall'Unione europea.

Articolo 4 (Scopo e ambito)

La normativa indicata all'articolo 1 ha ad oggetto la prevenzione e il contrasto dell'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, dettando misure volte a tutelare l'integrità del sistema economico e finanziario e la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza. Tali misure sono proporzionate al rischio in relazione al tipo di soggetti e rapporti e la loro applicazione tiene conto della peculiarità dell'attività, delle dimensioni e della complessità proprie dei soggetti obbligati, in considerazione dei dati e delle informazioni acquisiti o posseduti nell'esercizio della propria attività istituzionale o professionale.

L'art. 10, comma 4, del d.lgs. 231/2007 prevede in particolare che, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche Amministrazioni comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La UIF, in apposite istruzioni adottate sentito il Comitato di sicurezza finanziaria, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

Il presente regolamento, in applicazione delle norme di cui all'art. 10 del D.lgs. n. 231/2007, disciplina le misure organizzative aziendali finalizzate alla prevenzione e contrasto dell'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, nonché ad assicurare la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza nell'esercizio dell'attività istituzionale o professionale. In particolare il presente regolamento adotta, definisce procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti e l'omogeneità dei comportamenti,

Il Comitato di sicurezza finanziaria può individuare procedimenti, ulteriori rispetto a quelli di cui sopra, per i quali trovano applicazione gli obblighi di comunicazione.

Articolo 5

(Il Gestore delle segnalazioni alla UIF)

Il Gestore è il soggetto individuato da ciascuna Pubblica Amministrazione e delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF.

Al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera il Gestore quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette segnalate.

Per garantire un maggior coinvolgimento possibile dei dirigenti aziendali nelle attività di antiriciclaggio, si stabilisce che l'incarico di Gestore sia soggetto a rotazione tra i soggetti di cui all'art. 6 e abbia una durata stabilita in tre anni.

Articolo 6

(I Responsabili)

Il Responsabile della segnalazione (di seguito Responsabile) è il Direttore/Responsabile di ogni struttura aziendale che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione, che risponde, in quanto tale:

- dell'applicazione della presente procedura nelle attività di competenza,
- della segnalazione al Gestore delle operazioni/transazioni sospette o su cui possano sorgere dubbi
- in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza,
- della completezza e della correttezza del contenuto delle segnalazioni trasmesse per la parte di specifica competenza, al fine di supportare il gestore nelle valutazioni a lui attribuite.

Ai sensi della normativa vigente, le presenti disposizioni si applicano in particolare nell'ambito dei seguenti procedimenti e procedure:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;

- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Conseguentemente, vengono individuati quali Referenti i Direttori di tutte le Strutture Tecnico Amministrative dell'Azienda, oltre ad eventuali altre Strutture che potranno essere individuate da ogni singolo Ente in base alla sua organizzazione.

Il Responsabile ha l'obbligo di informare adeguatamente il proprio personale interessato ai processi a rischio di riciclaggio dell'applicazione della procedura indicata dal presente regolamento e delle modalità di controllo.

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda, sono individuati quali Responsabili della segnalazione i Dirigenti delle seguenti aree di rischio e singole strutture:

- ...
- ...
- ...
- Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Art. 7

(Compiti dei Responsabili)

I Responsabili della segnalazione, come individuati al precedente art. 6, sono chiamati a fornire supporto tecnico al Gestore per la valutazione delle operazioni sospette di riciclaggio, oggetto di possibile comunicazione alla UIF nell'ipotesi di individuazione, nel corso della propria attività lavorativa, di possibili operazioni sospette al verificarsi di uno o più indicatori di cui all'all.to A.

Ogni Responsabile è tenuto a:

- coadiuvare il gestore nella individuazione di attività potenzialmente connesse con il riciclaggio avvalendosi di tutte le informazioni disponibili attraverso una specifica analisi nel contesto delle singole fattispecie alla luce di una completa valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi acquisiti e degli indicatori di anomalia individuati dalla UIF;
- definire le procedure di analisi e di valutazione dell'esposizione dei rischi di riciclaggio e di autoriciclaggio in relazione alla propria attività istituzionale, alla propria dimensione e contesto ed individuare apposite misure di prevenzione.

I risultati della gestione del rischio e dell'attività come sopra svolta sarà inserita nel P.T.P.C.T. aziendale

Articolo 8

(Segnalazione interna)

Nei casi in cui ci siano i presupposti per ritenere e/o sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, il Responsabile, che le abbia verificate personalmente o al quale siano state evidenziate da parte dei propri collaboratori, inoltra segnalazione al Gestore, secondo le modalità di seguito descritte, tenendo presente che:

- a) la segnalazione deve scaturire da una valutazione generale degli elementi a disposizione del Responsabile ed è collegata all'esistenza anche solo di un sospetto, non essendo necessaria una vera e propria consapevolezza dell'origine illecita dei beni oggetto dell'operazione anomala;

- b) la segnalazione deve essere tempestiva, tutelare la riservatezza dei soggetti coinvolti e garantire l'omogeneità dei comportamenti, basarsi su una valutazione a carattere omnicomprensivo, scaturente sia dall'uso degli strumenti di cui al paragrafo precedente n. 4, sia dal corretto inquadramento della fattispecie in relazione all'importo, al settore di interesse ed al soggetto coinvolto;
- c) il Responsabile ha l'obbligo di segnalare al gestore:
- le operazioni sospette a prescindere dal relativo importo
 - le operazioni sospette rifiutate o comunque non concluse e quelle tentate
 - le operazioni sospette il cui controvalore sia regolato in tutto o in parte presso altri soggetti, sui quali gravano autonomi obblighi di segnalazione;
- d) il Responsabile è tenuto necessariamente a valutare:
- esito dell'adeguata verifica dell'identità della controparte
 - esito dei controlli su banche dati, antecedente all'instaurazione del rapporto, al fine di verificare l'eventuale iscrizione alle liste ufficiali antiterrorismo o coinvolgimento in altre attività criminose
 - coerenza dell'operazione con l'attività esercitata dalla controparte
 - esito del monitoraggio nel corso del rapporto (es. monitoraggio pagamenti)

Ciascun ufficio, per le competenze e funzioni assegnate, ha il compito di eseguire un'analisi dell'eventuale grado di anomalia relativo all'operazione seguita, in modo tale da effettuare una prima valutazione di coerenza e compatibilità con le informazioni in possesso, per il successivo inoltro al Responsabile.

Ogni incongruenza, rilevata o presunta, deve essere comunicata per iscritto al proprio Responsabile ai fini della valutazione di cui ai punti precedenti e per la successiva, eventuale, segnalazione al Gestore.

Il Responsabile ha facoltà di richiedere agli uffici aziendali che ne siano a conoscenza tutte le informazioni ritenute utili alla verifica, in modo da poter effettuare un'analisi completa dell'operazione ed eventualmente, se ancora non conclusa, chiedere la sospensione della stessa.

Al fine di assicurare il corretto adempimento dell'obbligo di segnalazione delle operazioni sospette, l'Azienda di rifiuta di effettuare operazioni ritenute anomale per tipologia, oggetto, frequenza o dimensioni e di instaurare rapporti che presentano profili di anomalia. Qualora ricorrano tali situazioni, soprattutto quando l'operazione venga richiesta da soggetti sottoposti a indagini penali o a misure patrimoniali di prevenzione o da soggetti agli stessi collegati, il Responsabile della funzione deve informare tempestivamente il Gestore, che valuterà l'opportunità di preavvisare la UIF per ricevere istruzioni sul comportamento da tenere.

In ogni caso le operazioni rifiutate o comunque non concluse per sospetti di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo dovranno essere obbligatoriamente segnalate alla UIF.

Nei casi in cui la segnalazione riguardi un Responsabile di Struttura o nel caso in cui costui non processi le segnalazioni evidenziate dai propri collaboratori, gli stessi possono inoltrare segnalazione direttamente al Gestore, secondo le descritte modalità.

La segnalazione di operazione sospetta è atto distinto dalla denuncia di fatti penalmente rilevanti e va effettuata indipendentemente dall'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Articolo 9

(Verifiche e Indicatori di anomalia)

a. Verifica degli elementi dell'operazione

La raccolta, verifica e trasmissione di dati e informazioni di cui agli articoli 7 e 8 conseguono ad una valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi a disposizione del dipendente, di quelli acquisiti in relazione alle attività da svolgersi da parte del medesimo nonché di quelli connessi immediatamente acquisibili e che si è ritenuto necessario assumere, coerentemente con la definizione di “operazione sospetta” di cui all’art. 3 delle presenti disposizioni.

Nell’analisi degli elementi, si considerano anche le operazioni rifiutate o interrotte ovvero eseguite in tutto o in parte presso soggetti diversi da Azienda destinatari di autonomi obblighi di segnalazione.

L’analisi è effettuata per l’intera durata della relazione con il soggetto cui si riferisce l’operazione e non è limitata alle fasi di instaurazione o di conclusione del rapporto.

In particolare l’analisi è svolta nell’ambito di attività finalizzata a realizzare un’operazione a contenuto economico, nei confronti di persone fisiche o entità giuridiche, connessa con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento o con la realizzazione di obiettivi di natura finanziaria o patrimoniale.

b. Indicatori di anomalia

L’analisi è effettuata considerando gli “indicatori di anomalia” allegati al Provvedimento della Banca d'Italia - UIF, 23 aprile 2018, “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”. Le istruzioni e gli indicatori di anomalia pubblicati dalla UIF possono essere dalla stessa integrati, aggiornati o modificati periodicamente, occorrendo pertanto riferirsi costantemente ai documenti da ultimo pubblicati. (Allegato A)

Gli indicatori di anomalia sono volti a ridurre i margini di incertezza delle valutazioni soggettive connesse alle comunicazioni di operazioni sospette e hanno lo scopo di contribuire e alla correttezza e omogeneità delle comunicazioni medesime.

L’elencazione degli indicatori di anomalia non è esaustiva, anche in considerazione della continua evoluzione delle modalità di svolgimento delle operazioni. L’impossibilità di ricondurre operazioni o comportamenti a uno o più degli indicatori non è sufficiente a escludere che l’operazione sia sospetta; vanno valutati pertanto con la massima attenzione ulteriori comportamenti e caratteristiche dell’operazione che, sebbene non descritti negli indicatori, siano egualmente sintomatici di profili di sospetto.

La mera ricorrenza di operazioni o comportamenti descritti in uno o più indicatori di anomalia non è motivo di per sé sufficiente per l'individuazione e la segnalazione di operazioni sospette, per le quali è comunque necessaria una concreta valutazione specifica.

Le operazioni ed i comportamenti inerenti ad attività economiche svolte nei settori degli appalti e dei finanziamenti pubblici devono essere valutati sulla base, oltre che degli elementi di anomalia indicati per ciascun settore, dei seguenti criteri: incoerenza con l’attività o il profilo economico-patrimoniale del soggetto cui è riferita l’operazione; assenza di giustificazione economica; inusualità, illogicità, elevata complessità dell’attività.

c. Verifica della controparte

Il Responsabile, quando si trovi a dover contrattare/concludere, a vario titolo, un accordo per l'Azienda, ha l'obbligo di effettuare un'accurata verifica della controparte ai fini della corretta identificazione.

Gli obblighi di verifica della controparte si applicano a tutti i nuovi contraenti, nonché, previa valutazione del rischio presente, ai vecchi contraenti, quando:

1. vi è un sospetto di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo,
2. vi sono dubbi sulla veridicità o sull'adeguatezza dei dati ottenuti ai fini dell'identificazione della controparte.

A tal fine il Responsabile può interpellare anche altre amministrazioni pubbliche al fine di ottenere informazioni o conferme sulla controparte, persona fisica o giuridica.

Nel caso in cui la controparte si rifiuti, senza fondate motivazioni, di presentare la documentazione richiesta dall'Azienda, il Responsabile si astiene dall'instaurare il rapporto o dal compiere l'operazione, e può valutare l'opportunità di attivare la procedura prevista per la segnalazione.

Nel caso in cui, sulla base di meccanismi di controllo interno e delle evidenze raccolte, si riscontrino incongruenze, anomalie od errori nella dichiarazione di controparte, il Responsabile – previa informazione allo stesso delle incongruenze rilevate – dovrà astenersi dall'eseguire l'operazione e/o accendere il rapporto fino alle ulteriori evidenze fornite dalla controparte a supporto della sua dichiarazione.

Il Responsabile della funzione deve conservare copia cartacea o informatica della documentazione raccolta in fase di identificazione della controparte.

Il Responsabile della funzione non è soggetto agli obblighi di adeguata verifica se la controparte è un ufficio della pubblica amministrazione od una istituzione o un organismo che svolge funzioni pubbliche.

Articolo 10

(Trasmissione delle informazioni al Gestore)

Il Responsabile provvede, immediatamente dopo avere effettuate le attività sopra descritte e valutata la rilevanza dei fatti e delle informazioni raccolte in relazione all'analisi generale dell'operazione ed alla eventuale presenza di indicatori di anomalia, verifica, a trasmettere mediante posta elettronica le informazioni, dati e documenti al Gestore utilizzando l'allegato "Modulo di segnalazione di operazione sospetta" (Allegato B) e l'indirizzo a tal fine indicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell' Azienda, accludendo la documentazione necessaria ai fini della descrizione dell'operatività sospetta.

Il Responsabile in ogni caso conserva tutta la documentazione rilevante anche al fine di corrispondere alle eventuali richieste della UIF o degli organi investigativi. Ulteriori elementi circa le informazioni necessarie o utili al Gestore ai fini della successiva eventuale comunicazione alla UIF sono descritti nel Provvedimento della Banca d'Italia - UIF, 4 maggio 2011, "Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette".

Il Responsabile, provvede ad informare il Gestore dei fatti oggetto di verifica e a descrivere il processo logico attivato in relazione alle conclusioni raggiunte, anche al fine di garantire la pronta ricostruibilità a posteriori delle motivazioni delle decisioni assunte,

Il contenuto della segnalazione si articola in quattro principali sezioni informative:

- dati informativi della segnalazione, in cui sono riportate le informazioni che identificano e qualificano la segnalazione e il segnalante
- elementi informativi, in forma strutturata, sulle operazioni, i soggetti, i rapporti e i legami intercorrenti tra gli stessi
- elementi descrittivi, in forma libera, sull'operatività segnalata e sui motivi del sospetto
- eventuali documenti allegati.

Articolo 11 **(Comunicazioni dell' Azienda alla UIF)**

L'Azienda, quale Pubblica Amministrazione, è tenuta a comunicare alla UIF, tramite il Gestore, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del d.lgs. n. 231/2007, a prescindere dalla rilevanza e dall'importo dell'operazione sospetta.

Il Gestore verifica le risultanze delle segnalazioni svolte ed argomentate dai Responsabili, eventualmente con il supporto della S.C. Bilancio e Contabilità, dopodiché:

- in caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione,
- in caso di decisione positiva, provvede alla compilazione ed all'invio della segnalazione di operazione sospetta all'UIF, a mezzo della postazione Infostat, senza indicazioni dei nominativi dei segnalanti.

Qualora non già avviata dal Responsabile segnalante, il Gestore verifica la presenza dei presupposti per denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Il Gestore mantiene apposito archivio di tutte le segnalazioni di operazione sospetta prese in carico.

Ai sensi dell'art. 6, comma 7 lett. c), del D.Lgs. n. 231/2007, la UIF, avvalendosi delle informazioni acquisite nello svolgimento delle proprie attività, può sospendere, anche su richiesta del Nucleo speciale di Polizia valutaria della Guardia di Finanza, della DIA o dell'Autorità Giudiziaria, per un massimo di 5 giorni lavorativi, sempre che ciò non pregiudichi il corso delle indagini, operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora ricorra la circostanza della sospensione dell'operazione, è fatto divieto a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda di informare la controparte soggetta alle relative indagini.

Le comunicazioni alla UIF sono effettuate senza ritardo dal Gestore in via telematica, tramite il portale INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia.

Il contenuto della segnalazione alla UIF si articola in:

- ✓ dati identificativi della segnalazione, in cui sono riportate le informazioni che identificano e qualificano la segnalazione;
- ✓ elementi informativi, in forma strutturata, sulle operazioni, sui soggetti, sui rapporti e sui legami intercorrenti tra gli stessi;
- ✓ elementi descrittivi, in forma libera, sull'operatività segnalata e sui motivi del sospetto;
- ✓ eventuali documenti allegati.

Tali elementi sono previsti e descritti in modo dettagliato nel Capo II del provvedimento UIF del 23 aprile 2018 "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni"; tali istruzioni potranno essere integrate, aggiornate o modificate dalla UIF occorrendo pertanto riferirsi ai documenti da ultimo pubblicati.

Il Gestore avvisa tempestivamente dell'avvenuta comunicazione alla UIF il Direttore del Dipartimento/Direzione nella cui competenza rientra l'operazione cui si riferisce la comunicazione.

Il Gestore mantiene apposito archivio di tutte le segnalazioni ricevute, sia che ad esse consegua o meno la comunicazione della Azienda alla UIF.

La comunicazione di operazione sospetta alla UIF è un atto distinto rispetto alle denunce o comunicazioni di fatti penalmente rilevanti all'Autorità giudiziaria e deve essere effettuata indipendentemente da queste.

La UIF, la Guardia di Finanza e la Direzione Investigativa Antimafia possono comunque richiedere ulteriori informazioni ai fini dell'analisi o dell'approfondimento investigativo della segnalazione al Gestore e all'Ente.

Articolo 12 (Formazione)

L'Azienda nel quadro dei programmi di formazione continua del personale adotta misure di adeguata formazione del personale ai fini di assicurare il riconoscimento delle fattispecie meritevoli di essere comunicate alla UIF, tenendo conto dell'evoluzione della normativa in materia.

Articolo 13 (Riservatezza)

Le attività di raccolta, verifica, trasmissione di informazioni inerenti le operazioni sospette descritte dalle presenti disposizioni sono effettuate nel rispetto degli obblighi in materia di protezione dei dati personali ed assicurando la riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della comunicazione alla UIF.

Fuori dai casi previsti dal D.Lgs. 231/2007 e dalle presenti disposizioni, è fatto divieto di portare a conoscenza di terzi l'avvenuta comunicazione alla UIF o informarli di approfondimenti in corso o effettuati circa operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Articolo 14 (Disposizioni finali)

Le presenti disposizioni sono approvate con deliberazione della e vengono pubblicate sul sito web dell'Azienda, nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Gestore, per quanto di competenza, può emanare ulteriori disposizioni attuative e interpretative della presente disciplina.

ALLEGATO B - Modulo di segnalazione di operazione sospetta

MODELLO DI TRASMISSIONE al Gestore di segnalazioni, informazioni, dati e documenti in relazione a operazioni sospette ai sensi dell'art. 10, comma 4, del d.lgs. n. 231/2007 e degli artt. 8, 9 e 10 delle

“Disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo”.

Al Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio
(trasmesso mediante posta elettronica all'indirizzo)

Il sottoscritto

Direttore del

trasmette

- **Dati ed elementi informativi** relativamente a operazione sospetta di

☐ riciclaggio

☐ finanziamento del terrorismo

- **Evento o attività** all'origine del sospetto
-

- **Indicatore/i di anomalia** riscontrato/i tra quelli indicati da UIF (vedi: Provvedimento della Banca d'Italia - UIF, 23 aprile 2018, *“Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”*).
-

- **Operatività** (*ammontare complessivo delle operazioni eventualmente funzionalmente connesse, numero di operazioni che compongono operatività, ...*)
-

- **Operazione/i**

esempi di informazioni necessarie/utili:

- se eseguita oppure non eseguita (in quanto ritirate, rifiutate, in attesa di esecuzione, ecc);
 - anche eventuali operazioni non sospette necessarie a comprendere operazioni sospette;
 - segno monetario, valuta, importo, luogo, data di esecuzione e di richiesta;
 - per le operazioni bancarie, ABI-CAB dello sportello presso cui le stesse sono state regolate oppure richieste;
 - importo espresso come controvalore in euro; valuta originaria; importo, anche in quota parte, eventualmente regolato in contanti;
 - per operazioni in titoli di credito, tipo di titolo e del numero identificativo; per le disposizioni di pagamento (bonifici), causale dell'operazione; per le operazioni di 'money transfer', indicazione dei luoghi di provenienza/destinazione dei fondi;
 - nel caso di operazione a carattere non finanziario (es. compravendita), le correlate operazioni di regolamento finanziario (es. pagamento del prezzo) quando assumono rilevanza ai fini del sospetto;
 - per le operazioni tramite soggetti terzi (es.: agenti, mediatori, promotori, ecc), i dati anagrafici di questi ultimi, comprensivi degli eventuali estremi di iscrizione nei relativi elenchi ufficiali
-

- **Rapporti** ai quali si riferisce l'attività amministrativa

es.: rapporti direttamente interessati dall'operatività segnalata come sospetta o necessari alla comprensione della stessa; eventuali rapporti – pur non riconducibili all'operatività ritenuta sospetta - di cui siano intestatari o titolari effettivi soggetti per i quali siano stati avvalorati legami con una o più operazioni ritenute sospette; eventuali rapporti – non intrattenuti con l'Azienda – connessi all'operatività sospetta ove il segnalante ne abbia conoscenza in ragione dell'attività svolta

➤ **Soggetti** ai quali si riferisce l'attività amministrativa

es.: soggetti coinvolti a vario titolo nell'operatività ritenuta sospetta; non solo quelli caratterizzati da legami giuridico-formali con l'operazione (es. l'intestatario del conto su cui essa viene eseguita, il procuratore, il delegato per l'esecuzione, le controparti finanziarie di operazioni sospette, quando note) ma anche i soggetti ritenuti connessi da legami fattuali, purché effettivamente significativi nella valutazione dei sospetti manifestati; eventuali altri soggetti ad essi collegati (es.: familiari, soci, coimputati) negli stretti limiti in cui tali richiami siano effettivamente necessari per la ricostruzione delle operazioni o del contesto o per la valutazione del sospetto manifestato; specificare se "persona fisica" o "persona non fisica"; dati anagrafici, estremi del documento di identità o di riconoscimento (in caso di identificazione formale), notizie sulla classificazione economica (es. codice Ateco, sottogruppo di attività economica); estremi dell'iscrizione alla CCIAA, la sede legale, quella amministrativa; nel caso di imprese individuali, devono essere separatamente segnalati sia la persona fisica dell'imprenditore (al fine di rilevarne i dati anagrafici), che la sua ditta; specificare se risulta 'persona politicamente esposta' (PEP) o designato in liste di terrorismo, indicando la tipologia di lista in cui risulta inserito

➤ **Legami tra l'operazione e i rapporti**

➤ **Legami tra le operazioni, i rapporti e i soggetti**

➤ **Legami tra i soggetti**

➤ **Riferimento a più operazioni**

che appaiano tra loro funzionalmente o economicamente **collegate** (anche eventuali operazioni ritenute non sospette qualora necessarie per la comprensione dell'operatività descritta o del sospetto manifestato)

➤ **Elementi descrittivi complessivi ed ulteriori**

(contesto economico finanziario, illustrazione esauriente e dettagliata dei motivi del sospetto, processo logico-deduttivo nella valutazione delle anomalie) in forma sintetica, necessari o utili alla comprensione dei collegamenti fra operazioni, rapporti e soggetti coinvolti, finalizzati a consentire, ove possibile, la ricostruzione del percorso dei flussi finanziari individuati come sospetti, dall'origine all'impiego degli stessi

➤ **Documentazione**, necessaria ai fini della descrizione dell'operatività sospetta (elencare analiticamente i documenti e allegarli in formato elettronico); l'invio di documentazione non è in sostituzione delle informazioni della segnalazione

➤ **Eventuale documentazione relativa a eventuale precedente segnalazione/trasmisione di informazioni**

➤ **Eventuale collegamento tra più comunicazioni:**

- connessioni tra operazioni sospette, anche imputabili a soggetti diversi

- continuazione di operazioni precedentemente comunicate

- ulteriori documenti in ordine a un'operazione già comunicata

Data _____

Firma _____

ALLEGATO 3

ADEGUAMENTO MODULISTICA COMUNE IN MATERIA DI TRASPARENZA

A.Li.Sa.

AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA

C.F. / P. IVA 02421770997

DELIBERAZIONE N. 150 DEL 30 APRILE 2020

OGGETTO: Approvazione aggiornamento modulistica comune per le Aziende e gli Enti del SSR in materia di Anticorruzione e Trasparenza elaborata dal Gruppo di Lavoro regionale di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 89/2019

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

.....Omissis.....

ALLEGATO 4

RENDICONTAZIONE DONAZIONI

A.Li.Sa.
AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA
C.F. / P. IVA 02421770997

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Prot. n. 22367 RU del 6.08.2020
Allegati n. 2

Genova, data del protocollo

Ai Signori Direttori Generali
delle Aziende del SSR della Liguria

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza
delle Aziende del SSR della Liguria
Loro sedi

Oggetto: Report e rendicontazione donazioni Emergenza Covid – Pubblicazione

Il D.L. 17 marzo 2020, n. 18 “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, all' Art. 99 Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19, comma 5 prevede che ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di erogazioni liberali, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle stesse, è tenuta ai seguenti adempimenti:

1. attuazione di apposita rendicontazione separata;
2. apertura di un conto corrente dedicato, ai fini di assicurare la completa tracciabilità dei flussi delle erogazioni ricevute;
3. pubblicazione sul proprio sito internet di tale separata rendicontazione al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, obbligo peraltro ribadito dalla Delibera ANAC n. 312 del 09/04/2020.

Inoltre, dall'inizio dell'emergenza legata alla pandemia da coronavirus le Aziende del Servizio sanitario regionale hanno ricevuto anche donazioni di beni quali apparecchiature elettromedicali e dotazioni di protezione, oltre naturalmente a beni di conforto per il personale o generi vari per i pazienti ricoverati. La Regione Liguria ha assicurato il costante monitoraggio dei flussi delle donazioni richiedendo una rendicontazione mensile di tutte le elargizioni liberali, sia in danaro che in beni materiali, nell'ottica di massima trasparenza nella gestione di tali risorse e a tal fine con nota in data 23/04/2020 ha trasmesso agli enti del SSR specifico prospetto denominato “DONAZIONI EMERGENZA COVID”.

A seguito di approfondimento e su proposta del Gruppo di Lavoro degli RPCT delle Aziende e degli Enti del SSR, al fine di ottemperare agli obblighi normativi con procedure e modalità di rendicontazione uniformi, si invitano codeste Aziende ed Enti del SSR, qualora non avessero già provveduto, a:

- a. verificare che gli obblighi indicati ai punti 1 e 2 siano stati eseguiti;
- b. compilare e pubblicare l'allegato prospetto (All. 1) nella Sezione Amministrazione Trasparente sottosezione “Interventi straordinari e di emergenza”.

Cordiali saluti

Il Commissario Straordinario
Dott. G. Walter Locatelli

DONAZIONI EMERGENZA COVID							
DONAZIONI EMERGENZA COVID - IN DENARO							
IDENTIFICATIVO SOGGETTO (*)	DATA INCASSO	IMPORTO	PROVVEDIMENTO INTERNO DI ACCETTAZIONE (se disponibile)	VINCOLATA		DESCRIZIONE VINCOLO DEL DONATORE	FINALIZZAZIONE ASSEGNATA DALL'AZIENDA
			NUMERO	DATA	SI/NO		
(*) provvisorio bancario							
DONAZIONI EMERGENZA COVID - IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI - IMMATERIALI							
IDENTIFI CATIVO	TIPOLOGIA BENE	IMPORTO/V ALORE	PROVVEDIMENTO INTERNO DI ACCETTAZIONE (se già disponibile)		VINCOLATA	DESCRIZIONE VINCOLO DEL DONATORE	FINALIZZAZIONE ASSEGNATA DALL'AZIENDA
			NUMERO	DATA			

ALLEGATO 5

INDICAZIONI SULL'ATTUAZIONE DELL' ART. 42 DEL D.LGS. 33/2013 E S.M.I.

A.Li.Sa.
AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA
C.F. / P. IVA 02421770997

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Prot. n. 16837 RU del 15.06.2020
Allegati n.

Genova, data del protocollo

Ai Signori Direttori Generali
delle Aziende del SSR della Liguria

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza
delle Aziende del SSR della Liguria
Loro sedi

Oggetto: Art. 42 del D.lgs 33/2013 e s.m.i. obbligo di pubblicazione di interventi straordinari di emergenza che comportano deroga alla legislazione vigente.

Come evidenziato dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende e degli Enti del SSR, in caso di situazioni di emergenza che comportano l'adozione di atti in deroga alla legislazione vigente occorre adempiere a specifici obblighi di pubblicazione, come prevede l'Art. 42 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i..

In particolare, la suddetta norma stabilisce che:

1. Le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze pubblicano nella Sezione Amministrazione trasparente - Sottosezione Interventi straordinari e di emergenza:
 - a) i provvedimenti adottati, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti;
 - b) i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari;
 - c) il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.

I settori delle Aziende e degli Enti del SSR principalmente coinvolti nella fase di emergenza che ci ha colpiti, nell'ambito dei quali sono state svolte attività in deroga alla legislazione vigente, riguardano principalmente gli acquisti di beni e dispositivi sanitari, i lavori, l'acquisizione di personale, le donazioni beni e le elargizioni di denaro.

E' pertanto necessario coinvolgere i direttori delle Strutture di Provveditorato ed Economato, Attività Tecniche, Risorse Umane, Servizio Informatico, ICT, Affari Generali e Legali e Servizi territoriali di ciascuna Azienda affinché provvedano a fornire agli RPCT tutte le informazioni necessarie per l'adempimento dell'obbligo di pubblicazione nella specifica sottosezione di Amministrazione Trasparente tutti i provvedimenti adottati nell'ambito dell'emergenza e in deroga alle disposizioni vigenti, come stabilito dal sopracitato art. 42 del D.Lgs. 33/2013.

Cordiali saluti

Il Commissario Straordinario
Dott. G. Walter Locatelli

A.Li.Sa.

AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA

C.F. / P. IVA 02421770997

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Protocollo RU 30561 n. del 30.10.2020

Ai Direttori Generali/Commissari Straordinari
AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del SSR
Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza
Ai Responsabili Uffici Formazione
LORO SEDI

Oggetto: Corso FAD: "METODOLOGIA PER L'ANALISI, LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI SULLA BASE DEL PNA 2019 E DELLE LINEE GUIDA ANAC".

Con il PNA 2019 approvato con Deliberazione n. 1064/2019, ANAC ha riorganizzato in modo più omogeneo quanto già illustrato nei PNA precedenti e introdotto nuove metodologie per la gestione e la valutazione del rischio da porre a base dei Piani della Prevenzione della Corruzione dei singoli Enti.

Sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, e come evidenziato anche nel Rapporto Annuale 2019 dal Gruppo Regionale dei Responsabili Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) delle AA.SS.LL. e degli Enti/Istituti del S.S.R., è emersa quindi la necessità di elaborare un modello applicativo con una matrice comune per tutte le AA.SS.LL e per gli Enti/Istituti del SSR per la valutazione e la gestione del rischio corruttivo.

Al riguardo era stato inizialmente previsto di organizzare un evento formativo in presenza per gli RPCT e per tutti i Dirigenti interessati al processo di valutazione e gestione del rischio.

Poiché a causa dell'emergenza sanitaria non è possibile organizzare eventi in presenza, e in considerazione dell'importanza di tale attività, si ritiene opportuno e necessario organizzare un corso FAD—accreditato ECM per i professionisti della sanità - avente ad oggetto la metodologia per l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC, che analizzi nel dettaglio le varie fasi di cui si compone la gestione del rischio, fornendo gli strumenti e gli approfondimenti ritenuti necessari.

Il corso è destinato prioritariamente e, quindi, è reso obbligatorio, ai Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza e al personale dirigente rientrante nelle aree a rischio di corruzione, così come attualmente definite dal P.T.P.C.T 2020 — 2022.

ASL 3, come previsto dal PNA 2019, ha già sviluppato i contenuti di un corso FAD sulle nuove modalità di gestione e valutazione del rischio e si è dichiarata disponibile a metterlo a disposizione per la relativa erogazione nel corso del 2021. I contenuti saranno pertanto recepiti dal Gruppo regionale degli RPCT e trasmessi alle singole Aziende Enti/Istituti del S.S.R..

Dal punto di vista tecnico informatico, si segnala che ciascuna Azienda/Ente/Istituto del S.S.R. potrà utilizzare la propria piattaforma FAD.

Le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. non dotate di propria piattaforma, invece, potranno stipulare accordi con ASL 3.

A tale riguardo, si precisa quanto segue:

1. Le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che utilizzeranno la propria piattaforma FAD dovranno provvedere all'accREDITAMENTO ECM del corso per i propri discenti;
2. Le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che intenderanno avvalersi del corso FAD di ASL 3 dovranno prendere accordi con il predetto Provider al fine di definire sia il numero dei discenti che la relativa offerta economica. In questo caso, ASL3 accrediterà il corso per tutte le Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. che si appoggeranno sulla piattaforma della stessa ASL.

Resta inteso che, In entrambe le ipotesi, trattandosi di un progetto formativo di interesse regionale, tutti i Provider risultano esentati dal pagamento della quota di € 200,00 dovuta dagli stessi nei confronti di Regione Liguria all'atto della progettazione di ciascun evento ECM.

Considerato che il corso in oggetto, come già sopra specificato, rientra nelle attività di formazione obbligatoria per i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza e per il personale dirigente rientrante nelle aree a rischio di corruzione come attualmente definite dai P.T.P.C.T 2020 - 2022, le Aziende/Enti/istituti dei S.S.R. in indirizzo dovranno verificare la partecipazione al corso da parte dei dipendenti interessati; in caso di mancata effettuazione, dovrà esserne data segnalazione alla Direzione Strategica.

Per qualsiasi informazione i partecipanti potranno contattare gli Uffici Formazione delle proprie Aziende/Enti/Istituti del S.S.N.

Cordiali saluti.

Il Commissario Straordinario
Dott. G. Walter Locatelli

ALLEGATO 7

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO: MISURE DI PREVENZIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI IN AMBITO SANITARIO – DECESSI IN AMBITO OSPEDALIERO

PREMESSE

Premesso che la maggior parte dei decessi avviene nel nostro paese in ambito ospedaliero ove le strutture mortuarie sono affidate o a strutture interne delle Aziende o più spesso a soggetti esterni.

Tra gli eventi a rischio corruzione presi in considerazione sono indicati la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero sono già state ampiamente prese in considerazione nei Piani triennali anche perché rientrano tra le AREE DI RISCHIO SPECIFICHE per il COMPARTO SANITARIO - indicate dalla Determinazione n. 12/2015 (PNA 2015).

Alla luce dei recenti casi di cronaca, che hanno coinvolto un operatore economico terzo, titolare di contratto di appalto, si rende necessario rivalutare il rischio e rafforzare le misure di controllo nei confronti dell'operato degli addetti al servizio.

ANALISI DELLA PROPOSTA DI MARIS

La ditta Maris è già dotata di un modello di organizzazione e gestione ex D.Lgs. 231/01 in relazione ai fatti di cronaca a titolo di esimente di responsabilità dichiara di avere effettuato quanto possibile per la prevenzione del fenomeno illecito e in particolare di avere messo in atto le seguenti iniziative:

- Informazione ai lavoratori sui comportamenti da tenere
- Adozione di un Regolamento per il settore camere mortuarie e cimiteri
- Adozione di un Codice etico aziendale
- Possesso di Certificazione etica per responsabilità sociale
- Diffusione presso il proprio personale dei documenti informativi a titolo di prevenzione.

Da una verifica dei fatti accaduti, la stessa ditta propone alla Centrale regionale degli acquisti di ALISA di avviare una revisione delle attività di prevenzione da condividere e integrare con i RPCT delle strutture pubbliche regionali.

La ditta propone pertanto le seguenti iniziative:

CARTELLONISTICA UNICA PER TUTTI GLI OSPEDALI LIGURI ED I PRESID

L'idea sarebbe quella di poter affiggere in ogni Camera Mortuaria dei cartelloni uguali anche per grafica, con i loghi ASL e Regione Liguria, che riepiloghino tutte le aziende di onoranze funebri regionali (attualmente non sono presenti in tutte le ASL e ove sono presenti sono solo a carattere provinciale o comunale). Osservazioni di alcune Direzioni è stata che era difficile stare dietro ai continui mutamenti del mercato e vicende societarie (aziende che nascono e che muoiono), vero è che in assenza degli stessi, inevitabilmente l'operatore finirebbe per subire un vero e proprio interrogatorio da parte dei dolenti che molto spesso non hanno cognizione e sono all'oscuro di problematiche di par condicio delle imprese e libera scelta. Attualmente nelle varie camere risultano affissi cartelli, redatti da Ma.Ris, con varie indicazioni del tipo:

Nulla è dovuto all'operatore

L'operatore non può dare indicazioni

Mentre la proposta di una comunicazione istituzionale sembra più efficace, anche perché potrà calcare maggiormente il tema della libera scelta dell'onoranze funebri.

UNIFICAZIONE DEL MODULO DI INCARICO

Attualmente ogni Ospedale ha il suo modulo con diciture anche diverse. La standardizzazione non solo permetterebbe un modulo unico in tutta la Liguria ma si porterebbe dietro anche regole uguali per tutte le Onoranze, poiché all'interno del modulo si potrebbe inserire anche una sorta di memorandum sia per i dolenti che per le aziende di Pompe Funebri.

LE ONORANZE FUNEBRI NON POSSONO E NON DEVONO ACCEDERE NELLE CAMERE MORTUARIE IN ASSENZA DI INCARICO DELLE FAMIGLIE

Nei fatti questa regola è già operativa ma non essendo istituzionalizzata questo può comportare atteggiamenti non consoni, invece cartelli istituzionali ben precisi potrebbero fungere da deterrente maggiore.

LA COOPERATIVA POTREBBE, SE AUTORIZZATA, MONITORARE LE QUOTE DI MERCATO DELLE VARIE ONORANZE FUNEBRI PER OSPEDALE

Già alcuni ospedali chiedono periodicamente i vari andamenti dei servizi funebri, se autorizzati alla consueta relazione sui decessi si potrebbe affiancare anche l'andamento dei servizi e segnalare i vari scostamenti, naturalmente vista la delicatezza del tema, la cooperativa necessiterebbe di autorizzazione ufficiale poiché si comprende facilmente la differenza fra una comunicazione informale ed un atto ufficiale.

Oltre che a:

- Operare la rotazione del personale direttamente interessato.
- Provvedere con la fissazione di obblighi di riservatezza in ordine al decesso.

ANALISI DEL RISCHIO SPECIFICO SVOLTO NEI PTPCT DELLE AZIENDE SANITARIE LIGURI.

Asl 1 "IMPERIESE":

Il PTPC 2020-2022 dell'ASL 1 prevede all'art. 4.5.d quanto segue:

- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero: Rispetto a tale Area di attività, e più in generale alla gestione delle camere mortuarie, l'ANAC, con la Determinazione n. 12/2015, ha ravvisato la necessità di esplicitare formalmente le motivazioni in base alle quali l'Azienda sanitaria intende procedere all'esternalizzazione o all'internalizzazione del servizio.
- Analisi del contesto interno: L'ASL1 Regione Liguria, a fronte di decisione assunta a inizio anno 2016, ha aderito alla gara impostata dalla CRA della Regione Liguria per l'esternalizzazione della gestione delle Camere Mortuarie. La ragione di tale scelta è stata correlata a molteplici fattori; tra questi l'esigenza di un maggior livello di efficienza del servizio in ragione della sempre maggior carenza di personale, l'avvio su tale ambito di attività di una indagine penale nel corso dell'anno 2015 (per cui è in corso il relativo processo penale correlato – quanto alla gestione delle camere mortuarie - ad un caso di possibile esercizio abusivo della professione). Tutto ciò ha comportato tra l'altro grosse difficoltà nell'attivare meccanismi di rotazione, pur attuati nell'immediatezza. A fine anno 2016 – in adesione quindi agli esiti della gara regionale - si è quindi attivato il rapporto col soggetto aggiudicatario per la gestione di tutte le camere mortuarie aziendali. E' in corso un percorso di aggiornamento dei processi aziendali correlati a tale area di rischio in collaborazione con il Direttore Medico del Presidio Unico. L'accertamento del decesso, con particolare riguardo al rilascio del certificato necroscopico, è stato rimesso alla SC Igiene Pubblica per i decessi sul territorio, ed al personale medico in forza alla Direzione Medica di Stabilimento, per i decessi in

sede ospedaliera. In relazione ai percorsi “a monte” rispetto all’ingresso in camera mortuaria, l’Azienda ha disciplinato in apposito regolamento le regole da seguirsi per evitare favoritismi e/o episodi di natura corruttiva rispetto ai contatti con le Imprese di pompe funebri.

- Rischi specifici:
 - comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili;
 - segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili;
 - richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).
 - accessi di personale esterno non autorizzato alle camere mortuarie anche al fine di “intercettare” nuova clientela.
- Misure di prevenzione esistenti:
 - regolamento aziendale per la gestione del defunto
 - modulistica aziendale in uso ai reparti per dare indicazioni ai parenti del defunto
 - regole aziendali in uso presso la Centrale operativa 118 per il recupero dei deceduti in strada.

Asl 2:

Il PTPC 2020-2022 dell’ASL 2 prevede nell’allegato 2, catalogo e mappatura dei processi quanto segue:

AREA: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

MACRO PROCESSI: gestione decessi in ambito ospedaliero (servizio in parte esternalizzato)

PROCESSI: Rapporti con le ditte di onoranze funebri

RISCHIO (EVENTO): Favorire ditte particolari

Cita, all’art. 2 delle Linee Guida sulla Rotazione del Personale, questo processo tra quelli per cui sarebbe prevista l’applicazione della misura di prevenzione della Rotazione ordinaria.

Asl 3:

Il PTPC 2020-2022 dell’ASL 3 prevede nell’allegato 1, Elenco dei processi analizzati quanto segue:

id: 54 n. processi: 17 STAFF

DIPARTIMENTO: DIREZIONE SANITARIA

STRUTTURA: SC POU

PROCESSI: DENUNCIA DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO

AREA A RISCHIO: Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

RISCHIO: MEDIO

TRATTAMENTO DEL RISCHIO: Misure individuate nel 2019 (vedi P.T.P.C.T. 2019 - 2021) –

Misura 1: procedura scritta attinente il decesso e le visite necroscopiche in ospedale.

Misura 2: la gestione dei servizi mortuari è affidato a ditta esterna tramite gara realizzata dalla centrale regionale acquisti.

Misura 3: Il servizio funebre è scelto liberamente dai parenti. avviso pubblico da affiggere in tutte le sedi camere mortuarie in cui si informa che gli operatori non sono autorizzati a rilasciare informazioni in merito all'attività funebre ed elenco di tutte le ditte di Genova che svolgono il servizio.

Misura 4: applicazione della rotazione del personale della ditta esterna

Misura 5: codice di comportamento

Misura 6: monitoraggio e statistiche periodiche circa la scelta delle ditte funebri presso i reparti Utilizzo metodologia 2017. Nessun aggiornamento. Effettuato monitoraggio trattamento del rischio Aggiornamento del trattamento del rischio sarà effettuato nel 2020.

Asl 4:

Il PTPC 2020-2022 dell'ASL 4 prevede all'art. 2 pagina 33 l'area delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero tra quelle per cui sarebbe prevista l'applicazione della misura di prevenzione della Rotazione ordinaria.

Sono inoltre indicate nell'allegato Programmazione Misure di Prevenzione – 2020-2022 Misure specifiche relative alle attività delle ditte di Onoranze funebri all'interno dei Presidi Ospedalieri (rif. n.54 pag. 13 allegato):

Azioni di Gestione e Mitigazione del Rischio corruzione: Verifica del rispetto della normativa delle procedure di presa in carico della salma e delle norme comportamentali per il personale in caso di decesso di paziente in ambito ospedaliero

Tempistica scadenza: immediata

Responsabili: Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – Direzione Professioni sanitarie

Indicatore: numero sopralluoghi tramite check-list di verifica di norma quadrimestrali in contraddittorio tra le strutture coinvolte e il referente del servizio mortuario.

Asl 5:

Il PTPC 2020-2022 dell'ASL 5 prevede nell'allegato 1, registro dei rischi, scheda 4, Registro dei rischi Dip. Direzione Medica di Presidio, quanto segue:

- procedimento: Supervisione sulle attività obitoriali - attività conseguenti a decesso;
- descrizione rischi: Elusione principi di parità di trattamento di ditte di onoranze funebri – favorire alcune imprese funebri;
- grado rischio: alto;
- area PNA: Determina ANAC 12/2015;
- misure di prevenzione da attuare: Gestione camere mortuarie affidata a ditta esterna con vincoli operativi che consentono la presenza di operatori delle Ditte solo in occasione del funerale;
- elaborazione nuova procedura operativa da seguire in caso di decesso da inviare a tutti i reparti,
- disponibilità per i congiunti di elenco di ditte di onoranze funebri fornito dalla Camera di Commercio;
- l'incarico alla Ditta funebre deve essere precedente all'ingresso in Obitorio della stessa;
- redigere nota per tutte le agenzie funebri di istruzioni a cui attenersi durante la gestione del servizio funebre Verificare che le pubbliche assistenze che svolgono anche servizi pubblici richiedano ai loro dipendenti e volontari dichiarazioni di assenza conflitti di interesse;
- procedere alle nomine dei responsabili esterni delle attività di trasporto (PP.AA. e Italy Emergency) ai sensi del regolamento U.E. 679/2016 inserendo clausole specifiche di divieto di esercitare attività che possano configurare un conflitto tra finalità di cura (trasporto sanitario) e finalità commerciali (servizio onoranze funebri);
- procedere alla nomina di responsabile esterno della ditta MARIS (che gestisce le camere mortuarie e trasporta i defunti dai reparti all'obitorio) e acquisire idonee autocertificazioni sull'assenza di conflitti di interessi a carico dei propri interessi;
- allertare i portieri affinché non sia consentito alle agenzie di onoranze funebri l'ingresso nelle aree ospedaliere;
- monitoraggio indicatori: controlli a campione da relazionare semestralmente a RPCT.

POLICLINICO SAN MARTINO IRCCS:

Il PTPC 2020-2022 del Policlinico San Martino prevede l'area delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero tra quelle per cui sarebbe prevista l'applicazione della misura di prevenzione della Rotazione ordinaria.

E.O. OSPEDALI GALLIERA:

Il PTPC 2020-2022 dell'E.O. Galliera prevede quanto segue:

Viene specificato che per i decessi ospedalieri non sono pervenute segnalazioni di abusi. Sul sito dell'Ente è stato pubblicato l'elenco delle imprese autorizzate ad effettuare il trasporto e le onoranze funebri. E' stata promossa inoltre una campagna di trasparenza in accordo con Regione Liguria, Comune di Genova e Asl 3 volta a garantire al cittadino la libera scelta dell'impresa di onoranze funebri affiggendo nei locali dell'obitorio specifiche e dettagliate informative agli utenti.

Il rischio è comunque classificato come segue:

Attività: Servizio camere mortuarie

Descrizione del rischio: Mancanza di trasparenza nella scelta dei servizi da coinvolgere

Livello di rischio: Medio

Azione di Prevenzione:

1. Adozione di specifiche regole di condotta anche mediante direttive interne che prevedono fra l'altro obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso, cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio
2. Pubblicazione dell'informativa delle direttive assunte dall'Ente sul sito istituzionale e in apposito spazio visibile agli utenti presso l'obitorio
3. Monitoraggio dei costi e dei tempi di assegnazione del servizio di camere mortuarie per gli operatori esterni.

Cadenza temporale/indicatore: Annuale – 100%

Responsabile: Direttore Sanitario

Report al RPCT: annuale

IRCCS ISTITUTO GIANNINA GASLINI

Il PTPC 2020-2022 dell'Istituto Giannina Gaslini prevede nell'allegato 2, tabella rischi, quanto segue:

Il rischio di corruzione sopra richiamato è classificato come basso in quanto la fattispecie presenta rischi sicuramente minori - dato il numero di decessi meno di 50 all'anno – rispetto ai nosocomi per adulti.

Inoltre la maggior parte dei decessi intra-ospedalieri riguarda residenti fuori Genova che dunque preferiscono scegliere un servizio funebre del comune dove la salma verrà inumata.

Il rischio è comunque classificato come segue:

Attività: Servizio camere mortuarie

Descrizione del rischio: Mancanza di trasparenza nella scelta dei servizi da coinvolgere

Livello di rischio: Medio

Azione di Prevenzione:

Area: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Macro Processo: Gestione decessi in ambito ospedaliero (servizio in parte externalizzato)

Processo: Rapporti con le ditte di onoranze funebri

Grado di rischio: Basso

Rischio (evento): Favorire ditte particolari; possibilità che gli operatori ospedalieri pubblicizzino determinate aziende per il servizio funebre approfittando del momento e procurandosi un ingiusto beneficio (la fattispecie presenta rischi sicuramente minori - dato il numero di decessi meno di 50 all'anno – rispetto ai nosocomi per adulti. Inoltre la maggior parte dei decessi intra-ospedalieri riguarda residenti fuori Genova che dunque preferiscono scegliere un servizio funebre del comune dove la salma verrà inumata)

Misura: Informativa presso la camera mortuaria di tutti gli operatori autorizzati ai servizi funebri presso il Comune di Genova.

A.Li.Sa.

Il PTPC 2020-2022 di ALISA non tratta il rischio dell'area delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero in quanto non è pertinente rispetto alle attività dell'Azienda.

RACCOLTA DI EVENTUALI REGOLAMENTI

Regolamento Asl1 Imperiese

Regolamento Cooperativa Maris

Regolamento AUSL Modena

VALUTAZIONE BEST PRACTICE

Tutti i piani trattano il rischio in argomento prevedendo misure di prevenzione molto simili che vanno dall'informazione all'utenza alla verifica con check-list e relazioni periodiche al RPCT.

PROPOSTA DEL GRUPPO RPCT AZIENDE SANITARIE REGIONE LIGURIA

Appare appropriata e condivisibile la proposta di Maris di adottare una cartellonistica e una modulistica comune che potrebbe proporre proprio Maris, facendosi carico degli aggiornamenti, in quanto fornitore del servizio e conoscitore degli operatori del settore.

Per quanto attiene in Piani di prevenzione, le misure già previste potrebbero essere implementate, oltre che con la previsione della modulistica e cartellonistica comune, anche con la previsione di controlli periodici (semestrali) con relazione al RPCT che potrebbero essere effettuati a campione con l'ausilio di *check-list*.