

PIANO TRIENNALE

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E
DELLA TRASPARENZA

PTPCT
2026-2028

INDICE

	SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
ART.1	PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA:PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO	Pag. 5
ART.2	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	Pag. 7
ART.3	OGGETTO/FINALITA' DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE: OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	Pag.8
ART.4	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALE E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE	Pag.25
ART.5	COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE.	Pag.28
ART.6	SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE: COMPITI E RESPONSABILITA' 6.1-Autorità di Indirizzo Politico 6.2-Responsabile della Prevenzione Corruzione 6.3-Referenti per la Prevenzione dell'Anticorruzione 6.4-Dipendenti/Incarichi di Funzione/Dirigenti 6.5.Organismo Indipendente di Valutazione(OIV) 6.6-ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) 6.7-Collaboratori a qualsiasi titolo 6.8-Rasa e Gestore Antiriciclaggio	Pag.29
ART.7	OBBLIGHI DI CONOSCENZA	Pag.35
ART.8	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	Pag.36
ART.9	MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE	Pag.39
ART.10	METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Pag.40
ART.11	AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE	Pag.43
ART.12	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE/ULTERIORI IN SANITA'	Pag.45
ART.13	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	Pag.45
ART.14	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO 14.1-Rotazione 14.2-Obbligo di astensione in caso conflitto di interessi 14.3-conferimento/autorizzazione incarichi extra istituzionali 14.4-Inconferibilità per incarichi dirigenziali 14.5-Incompatibilità specifiche per particolari posizioni dirigenziali 14.6-Attività successive alla cessazione del servizio Pantouflage 14.7-Divieto di incarichi dirigenziali, di studio e consulenza a soggetti in quiescenza 14.8-Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici conferimento incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. 14.9-Tutela del dipendente che segnala un illecito 14.10- Formazione del personale 14.11-Patti di integrità negli affidamenti 14.12-Azioni di sensibilizzazione e rapporti con a società civile 14.13-Monitoraggio tempi dei procedimenti 14.14-Monitoraggio rapporti azienda e soggetti esterni	Pag.46

	14.15-Codice di comportamento 14.16- Trasparenza	
ART.15	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO “ULTERIORI” SEZIONE PREVENZIONE TRASPARENZA	Pag.55
ART.16	PREMESSA	Pag.57
ART.17	QUADRO NORMATIVO	Pag.58
ART.18	OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA	Pag.60
ART.19	I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE	Pag.61
ART.20	TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (reg.UE2016/679)	Pag.61
ART.21	HOME PAGE DEL SITO AZIENDALE	Pag.63
ART.22	L’UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE	Pag.64
ART.23	LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON LINE DEI DATI NELLA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”	Pag.64
ART.24	OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB	Pag.65
ART.25	POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	Pag.66
ART.26	STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO DI ADOZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO-MONITORAGGI	Pag.66
ART.27	COINVOLGIMENTO STAKEHOLDERS	Pag.67
ART.28	DIRITTO DI ACCESSO	Pag.68
ART.29	SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL’ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA	Pag.69

ALLEGATO: “REGISTRO RISCHI”

SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

(Articolo 1)

**PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA
(PTPCT): PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO**

Il presente documento costituisce il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)** dell'ASL 5, in continuità con i precedenti Piani, rappresenta il principale strumento di prevenzione della corruzione che la Legge 6 novembre 2012 n. 190 (di seguito Legge 190/2012) avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A." ha previsto per le Pubbliche amministrazioni.

Il PTPCT è uno strumento in continua evoluzione concepito con la consapevolezza che i processi migliorativi di un'organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di misure che vengono progressivamente affinate, modificate, perfezionate o sostituite in conseguenza alle attività di monitoraggio che sono state svolte.

L'ASL 5 (di seguito Azienda) riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti.

L'Azienda adempie al dettato normativo di cui all'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, che prevede l'aggiornamento annuale del piano, mediante l'approvazione del presente Piano riferito al triennio 2026-2028 nel quale sono indicati i progetti e le iniziative che l'Azienda intende perseguire relativamente al periodo 2026-2028 con lo scopo del miglioramento della qualità delle misure di prevenzione già in atto.

Il PTPCT è adottato, nei termini di legge, dal Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), quale documento correlato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) come previsto dall'art. 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

In premessa occorre precisare che la Regione Liguria ha con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che a partire dal 1 Gennaio 2026 prevede la fusione delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 che sono incorporate in Liguria Salute che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria).

Le suddette aziende sanitarie perderanno la loro personalità giuridica e in particolare le AASSLL nn. 1, 2, 3, 4 e 5 diventeranno Aree Sociosanitarie Locali (ASL) che costituiranno articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della azienda sanitaria unica regionale ATS Liguria. Le Aree avranno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi.

L'attività di pianificazione e programmazione sarà in capo alla ATS Liguria che darà gli indirizzi alle AASSLL, gli obiettivi e le relative risorse per realizzarli.

In sede di prima applicazione, il P.I.A.O. dell'ATS Liguria risulta dalla composizione del P.I.A.O. delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5, di cui il PTPCT è un documento correlato, e di Liguria Salute.

Parte integrante del Piano è il Programma Triennale della Trasparenza alla quale è dedicata un'apposita sezione dove sono indicati i soggetti competenti alla continua implementazione, trasmissione e pubblicazione dati ai sensi del Decreto legislativo 33/2013 e s.m.i.

Il consolidamento del livello di trasparenza dei processi e dei procedimenti, nonché dei livelli di responsabilità di tutti gli attori, è obiettivo aziendale per garantire il livello di accessibilità alle informazioni da parte dei cittadini.

L'adozione del Piano e i suoi aggiornamenti saranno pubblicati sul sito web aziendale nei link sottoindicati:

- Sezione Amministrazione Trasparente
- Altri contenuti
- Prevenzione della Corruzione

Al RPCT, come meglio precisato nei paragrafi successivi, è affidato il compito di predisporre, aggiornare e vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, avvalendosi della collaborazione del funzionario a supporto di dette attività e della collaborazione dei Referenti delle macro-aree.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza secondo le disposizioni normative nazionali), con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Direttori / Responsabili di Struttura e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

Resta inteso che il presente Piano cessa la sua validità quanto la suddetta ATS Liguria, operativa dal 01 Gennaio 2026, si doterà di propri piani in materia come sopra illustrato.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi interni;
- emersione di nuovi rischi;
- indicazioni del vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Il PNA costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni (PP.AA.) e per tutti gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa anticorruzione ed è volto a favorire il rispetto sostanziale delle norme pur lasciando ad ogni singola amministrazione la scelta delle misure più appropriate per adattare, ad ogni specifico contesto, l'attuazione delle misure indicate nel PNA e per porre in essere qualsiasi altro presidio ritenuto idoneo a prevenire e reprimere i fenomeni corruttivi. Le misure indicate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) hanno valenza esemplificativa e hanno lo scopo di supportare gli Enti

- nell'individuazione degli strumenti di prevenzione della corruzione più idonei per ogni singola realtà organizzativa;
- Vademecum di ANAC di esemplificazione e orientamento valido sia per la predisposizione del PTPCT, sia della sezione del PIAO dedicata alle misure di prevenzione.

Il Piano dell'Azienda 2026-2028, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- nuove indicazioni fornite dall'ANAC, con delibere, determine, comunicati;
- esito del monitoraggio sull'attuazione delle misure di anticorruzione e degli obblighi di pubblicazione;
- rivalutazione dei rischi alla luce delle misure di prevenzione introdotte negli anni precedenti, delle criticità e proposte formulate dai Direttori/ Responsabili di struttura e dai Referenti delle macro-aree e delle indicazioni contenute nei PNA 2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025 in relazione alle specifiche e ulteriori aree di rischio individuate Contratti pubblici e Sanità.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al *feedback* ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti di cui all'art. 6 del presente piano secondo le modalità e i compiti ivi indicati e le procedure evidenziate nell'allegato Registro Rischi relativamente all'attuazione e al monitoraggio. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni .

L'Azienda prima dell'approvazione del Piano pubblica sul sito aziendale apposito avviso, inviato anche alle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.), al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. L'avviso per l'aggiornamento del Piano 2026-2028 è stato pubblicato e inviato alle OO.SS. con Prot.n. 45/RPCT il 24/11/2025 con scadenza per l'invio delle eventuali osservazioni entro il 05/12/2025.

(Articolo 2) QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Principali disposizioni normative:

- “D.P.R.16 aprile 2013 n.62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165” e s.m.i.;
- Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 14 marzo 2024 “Approvazione “Codice di Comportamento Azienda

Sociosanitaria Figure 5 - aggiornato al D.P.R. 81/2023”;

- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 così come modificato dal Decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 in materia di “Riordini della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi”;
- Decreto Legislativo n. 165/2001 art.53 “incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi”;
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazione di reati o irregolarità di cui siamo venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, c.d. whistleblowing;
- Decreto legge n. 80/2021, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” così come convertito in Legge 6 agosto 2021 n.113;
- Decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- Provvedimenti e Linee guida aggiornate predisposte dall’ANAC.

(Articolo 3)

OGGETTO E FINALITA’ DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

Con la Legge 190/2012 come modificata dal Decreto Legislativo 97/2016, FOIA , sono state definite le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella P.A. e, pertanto, le Pubbliche Amministrazioni devono provvedere all’adozione del PTPCT (art. 1, comma 5 e 8).

Il presente Piano, incoerenza con la sopra richiamata disciplina nazionale, accoglie una nozione ampia di corruzione, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati o pubblici (sviamento dall’interesse pubblico), ovvero l’inquinamento dell’azione amministrativa a breve termine, sia che tale azione abbia successo, sia che rimanga a livello di tentativo.

Da qui deriva l'esigenza che l'attività amministrativa abbia sempre come riferimento il principio della legalità e dell'integrità, inteso nella sua accezione più ampia e quindi comprendente tutti gli altri principi che reggono all'ordinato svolgimento di compiti affidati a una Struttura e a un Dirigente.

Gli obiettivi di carattere generale sono finalizzati a:

- far sì che le opportunità in cui si manifestino casi di corruzione siano ridotte;
- aumentare la capacità di identificare casi di corruzione con un maggior coinvolgimento delle Strutture;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione valorizzando la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio.

Il PTPCT mira a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;
- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;
- monitorare il rispetto dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano;
- monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.
- adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento e l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri comportamentali;
- adottare misure che garantiscano la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconvertibilità e incompatibilità;
- adottare misure e procedure per la rilevazione e gestione dei conflitti, di interesse, dei casi di incompatibilità e svolgimento di incarichi esterni;
- attuare la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione (individuati nell'art. 6).

Sono stabiliti in tale aggiornamento gli obiettivi strategici in materia per l'anno 2026 secondo le indicazioni regionali:

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività

a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo;
- Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo interaziendale degli RPCT - Sanità);
- Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.;
- Promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.

Nel 2025 il sottogruppo dedicato al PNRR del Gruppo Interaziendale RPCT di cui è stata referente ASL5 ha svolto attività che sono funzionali al suddetto obiettivo nell'anno 2026 che sono di seguito sinteticamente rappresentate.

Sono stati elaborati da ASL5 modelli di schede che sono state utilizzate per gli audit eseguiti presso le strutture coinvolte. E' stata inoltre effettuata una scheda per ogni intervento finanziato dal PNRR selezionati per il monitoraggio.

ASL 5 aveva già predisposto una scheda di analisi per la mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione, con indicatori di rischio e relative misure di prevenzione al fine di elaborare il nuovo registro dei rischi che sarà operativo dal 2026.

La motivazione del lavoro di ASL 5 consiste nel superamento delle indicazioni contenute nel PNA 2013 relativamente alla valutazione del rischio con indici numerici basati sulla valutazione della probabilità di accadimento di un rischio e sul relativo impatto sulla quale è stato elaborato l'attuale registro dei rischi aziendale.

ANAC ha evidenziato che il sistema PNA 2013 non dava risultati positivi in esito al monitoraggio dei PTPCT. Serve quindi un approccio prevalentemente qualitativo, che può essere supportato anche da dati quantitativi, con indicatori individuati a livello autonomo dalle singole amministrazioni pubbliche (indicatori di rischio). La valutazione va quindi fatta utilizzando indicatori che sono suggeriti dalla storia e dalla narrazione di ogni azienda. I riferimenti per la predisposizione di stima del livello del rischio sono contenuti nel PNA 2019 (livello di interesse esterno: presenza anche di interessi economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio; grado di discrezionalità del decisore interno della PA: presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale vincolato; opacità del processo decisionale: adozione di strumenti di trasparenza e sostanziale e non solo formale; grado di attuazione delle misure anticorruzione: attuazione delle misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi; dati sui precedenti giudiziari: sentenze passate in giudicato: reati contro la PA, falso e truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.); i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile (Corte dei Conti); i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici esiti dei procedimenti disciplinari; le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction (possibili malfunzionamenti o mala gestione); fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali giudizio del rischio (descrizione narrativa della probabilità del rischio e del relativo impatto).

Dopo aver valutato i rischi secondo i suddetti indicatori, devono essere individuate misure

di prevenzione della corruzione in funzione della criticità individuate in sede di analisi e valutazione dei rischi (rischi potenziali). I requisiti delle misure sono: presenza e adeguatezza di misure e/o controlli specifici preesistenti: sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione; capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio; sostenibilità economica e organizzativa delle misure: capacità di attuazione dell'Azienda; adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione (contestualizzazione).

La scheda con le sopra citate caratteristiche che ha preso a riferimento la struttura del PNA 2019 è stata usata come modello per predisporre una scheda di monitoraggio per gli interventi del PNRR (ASL n. 5 aveva già predisposto, come sopra ricordato, altre schede e aveva proceduto al monitoraggio degli interventi PNRR di cui ha presentato specifico materiale al coordinamento gruppo regionale RPCT).

Per procedere allo sviluppo dello schema di analisi, A.Li.Sa (dal 01.09.2025 Liguria Salute) componente del sottogruppo PNRR, ha fornito il "Catalogo dei rischi PNRR" predisposto da ANAC, Italia Open Go, 5° Piano d'Azione Nazionale 2021-2023 che è stato studiato dal sottogruppo nelle sue diverse parti.

In particolare, si è focalizzata l'attenzione sul fenomeno della "interferenza relazionale" che si determina nella rete di relazioni del decisore pubblico (esempio: commissario di gara, RUP, DEC, commissario di una selezione di personale). La sfera delle relazioni private e anche pubbliche può influire negativamente sulle decisioni del dipendente pubblico che non agisce esclusivamente per soddisfare l'interesse collettivo della azienda pubblica alla quale appartiene (opportunità, legittimità, efficacia ed efficienza) ma per appagare un interesse proprio o di terzi che collima in tutto o in parte con il suddetto interesse collettivo, provocando una conseguente perdita di valore pubblico. Tale scenario si inquadra nell'area del conflitto di interessi.

Occorre quindi una valutazione preventiva del conflitto di interessi attraverso una mappatura sintetica delle relazioni "sensibili" stabili e il relativo sviluppo.

Nella scheda di analisi sono state previste misure che agiscono sia in maniera preventiva (la suddetta mappatura delle relazioni sensibili) sia in itinere con un sistema di gestione dei comportamenti e di controlli (i suddetti controlli rinforzati).

Tali processi sono stati suddivisi in diverse fasi per ciascuna delle quali si sono applicate gli indicatori di rischio della scheda di analisi sopra citata e si sono individuate le misure specifiche di prevenzione del rischio.

In specifico per i seguenti processi si sono stabiliti indicatori di rischio e misure per ciascuna delle seguenti fasi:

1. gara;
2. concorso pubblico;
3. opera pubblica (es. costruzione, acquisto attrezzatura, software).

La scheda da utilizzare per monitorare lo stato di avanzamento degli interventi/servizi finanziati con il PNRR è la seguente:

INFORMAZIONI GENERALI		DESCRIZIONE DEL Rischio										VALUTAZIONE DEL RISCHIO						
NUMERO	DESCRIZIONE	CAUSALE	EFFETTI	PROBABILITÀ	IMPATTO	ESPOSIZIONE	IDENTIFICAZIONE	CAUSAZIONE	EFFETTI	PROBABILITÀ	IMPATTO	ESPOSIZIONE	IDENTIFICAZIONE	CAUSAZIONE	EFFETTI	PROBABILITÀ	IMPATTO	ESPOSIZIONE
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		

Per l'anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato indicazione di utilizzare la suddetta scheda per poter procedere ad una nuova mappatura e analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.

OBIETTIVO 2 - PROCEDURE APPALTI PUBBLICI

L'analisi dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione relative alla gestione degli appalti pubblici mantengono un ruolo centrale nella prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

Rivedere e aggiornare le mappature relative ai contratti pubblici sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2025 - Parte speciale in relazione alla digitalizzazione dei processi che attengono all'intero ciclo di vita dei contratti pubblici;

Garantire un costante monitoraggio dei rischi e dell'applicazione delle misure di trattamento in tale ambito.

OBIETTIVO 3 - PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA', CODICE DI COMPORTAMENTO E FORMAZIONE

La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

-Garantire l'aggiornamento dei codici di comportamento alla luce del D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81, con particolare riferimento alle disposizioni sull'utilizzo dei social, alla social media policy, e alle responsabilità dirigenziali in materia di performance;

-Progettare eventi formativi sull'etica pubblica e sulla cultura dell'integrità rivolti al personale dell'Ente;

-Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto del whistleblowing e sulla normativa antiriciclaggio.

In relazione all'antiriciclaggio già nel 2025 (PTPCT 2025-2027) si erano definite le seguenti misure:

AREA	TIPO RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO INDICATORI
Antiriciclaggio Appalti	Rischio antiriciclaggio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sensibilizzazione alla normativa 2) Diffusione indicatori di anomalia UIF Appalti 3) Eventuale consulenza/formazione specifica 4) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 5) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 221.000 (oltre IVA). 	<p>Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione.</p> <p>Partecipazione all'eventuale corso formativo.</p> <p>Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.</p>
Antiriciclaggio PNRR	Rischio antiriciclaggio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Censimento progetti PNRR in cui l'azienda è Stazione Appaltante 2) Sensibilizzazione alla normativa 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Eventuale consulenza/formazione specifica 5) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000 (oltre IVA) 	<p>Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione.</p> <p>Partecipazione all'eventuale corso formativo.</p> <p>Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.</p>

Nel 2025 è stata applicata la seguente ceck list agli operatori economici:

CHEK LIST IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO										
AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5										
PARTITA IVA: 00962520110										
Sede legale: Via Fazio n. 30 La Spezia										
Il sospetto deve essere basato su una valutazione di elementi plurimi oggettivi e soggettivi acquisiti sulla base dell'istruttoria normalmente avviata.										
La presente checklist fornisce un ausilio indicativo e non esaustivo all'identificazione delle attività a forte rischio di riciclaggio tale da fornire un aiuto alla relativa valutazione										
Verifica adempimenti in fase di aggiudicazione di appalti e/o affidamenti diretti										
Operatore economico:										
Cod. CUP: - cod. CIG:										
Responsabile del Procedimento - RUP										
DOCUMENTAZIONE DA CONTROLLARE in più fasi										
	INDICATORE DI ATTENZIONE	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note				
A) Visura camerale	A.1 Età anagrafica del rappresentate legale: > di 80 anni o < di 20 anni	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					
	A.2 Si ha difficoltà ad individuare la figura del titolare effettivo?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					
	A.3 C'è stata una variazione dell'oggetto sociale negli ultimi 6 mesi?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					
B) Certificato antimafia	B.2 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					
C) White lists	C.1 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					
D)Notizie di stampa recenti (6 mesi)	D.1 Sono state reperite notizie giornalistiche o via internet che possono condurre ad un rischio di riciclaggio?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE					

A)- ANOMALIE DEL SOGGETTO PARTECIPANTE O AFFIDATARIO												
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note						
A) Documentazione relativa all'operazione:	A.2 Documenti o informazioni inerenti l'operazione difformi e/o contraddittori	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
B) Contiguità o operatività o rapporti finanziari rilevanti con soci amministratori:	B.1 Persone sottoposte a procedimenti penali e/o misure di prevenzione patrimoniale	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
	B.2 Persone che rivestono importanti cariche pubbliche	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
B)- ANOMALIE DELL'APPALTO PUBBLICO O DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO												
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note						
A) Presentazione di un'unica offerta nell'ambito di procedure di gara con:	A.1 Aggiudicazione al prezzo più basso	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
	A.2 Offerta anormalmente più bassa	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
B) Offerta con ribasso elevato in gare al prezzo più basso con:	B.1 Contratto caratterizzato da complessità elevata	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
C)- ANOMALIE NELLA FASE DI ESECUZIONE												
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note						
A) Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione consistenti in:	A.1 Variazioni prestazioni originarie	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
	A.2 Allungamento termini di ultimazione lavori, servizi, forniture	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
	A.3 Significativo incremento dell'importo del contratto	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
B) Esecuzione contratto con ripetute e/o non giustificate operazioni di:	B.1 Cessione, trasformazione, fusione, scissione ovvero affitto d'azienda o di un suo ramo.	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE							
* Il Valore ALTO determina singolarmente motivo di												

segnalazione.									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occorre altresì sottolineare che nell'anno 2025 è stato svolto un corso di formazione per i referenti aziendali dell'antiriciclaggio dove sono state ribadite le seguenti tematiche.

Corruzione e riciclaggio si pongono in linea di continuità. L'azione di prevenzione della corruzione può contribuire a ridurre il rischio di riciclaggio, così come l'antiriciclaggio ostacola il reimpiego dei proventi illeciti, accresce il costo ed i rischi, rendendo la corruzione meno vantaggiosa.

Ci sono altresì presidi comuni del sistema di anticorruzione e degli obblighi antiriciclaggio:

Articolo 1, co. 16, Legge n.190/2012 ed Articolo 10, co. 1, D.lgs.n. 231/2007

scelta del contraente e procedura di scelta

autorizzazioni, concessioni e licenze

finanziamenti e vantaggi economici

Sistema Anticorruzione :

- tutela dell'integrità dell'apparato pubblico;
- prevenzione dei rischi;
- collaborazione di attori qualificati, nei quali accrescere la consapevolezza dei rischi e delle vulnerabilità;

Sistema Antiriciclaggio :

- tutela dell'integrità dell'economia e dei mercati
- analisi e prevenzione dei rischi
- collaborazione di categorie di operatori qualificati tenuti ad obblighi di adeguata verifica della clientela, registrazione, formazione e segnalazione o comunicazione delle operazioni sospette a una unità centrale nazionale (UIF) che le analizza (individuando connessioni con possibili attività criminose) e trasmette i risultati ad autorità investigative.

Nel sistema antiriciclaggio, particolare attenzione va rivolta alla valutazione dei rischi, nell'ambito di tutte quelle attività e nella realizzazione di operazioni a contenuto economico, che comportano la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento o sono, comunque, connesse alla realizzazione di obiettivi di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero rivolte ai controlli di competenza nei confronti dei destinatari di

dette operazioni.

Le principali aree di attenzione, al fine di procedere con l'obbligo di segnalazione, sono nello specifico gli ambiti e le procedure/procedimenti di seguito elencati:

- 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.
- Tutte le attività ed i processi inerenti la realizzazione di interventi previsti dal PNRR e che prevedono l'impiego e la gestione di risorse.

L'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi nell'impiego dei fondi provenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse. Tutte le amministrazioni pubbliche tenute ad adottare i PTPCT devono adempiere anche agli obblighi antiriciclaggio, valorizzando il più possibile il coordinamento con le misure anticorruzione, in modo da realizzare gli obiettivi di semplificazione e razionalizzazione dei controlli pubblici previsti dalla legislazione vigente.

La segnalazione di operazione sospetta è una comunicazione funzionale all'avvio di approfondimenti investigativi e differisce dalla denuncia che riguarda fatti penalmente rilevanti segnalati all'Autorità Giudiziaria. Non è quindi una denuncia/querela, non è un esposto.

L'intera disciplina del D.lgs 231/2007 è costruita intorno alla funzione chiave della segnalazione delle operazioni sospette: lo scopo della normativa antiriciclaggio, infatti, è quella di tutelare il sistema economico e finanziario, garantendone la stabilità e la trasparenza, e contrastandone l'utilizzo ai fini del riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

OBIETTIVO 4 - VALORE PUBBLICO E TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione della corruzione e della maladministration. A tal fine la sola trasparenza amministrativa non è sufficiente e deve essere semplificata. Allo stesso tempo occorre incrementare la trasparenza sui risultati, sul valore pubblico e sugli impatti prodotti dell'azione pubblica. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- Sviluppare la trasparenza sui risultati raggiunti e sul valore pubblico a cominciare

dal PIAO e dalla relazione integrata sul PIAO, illustrando obiettivi e risultati raggiunti in modo semplice, utilizzando grafici, rendendo agevole la comprensione dei dati anche ad un pubblico di “non addetti ai lavori” e digitalizzando gli strumenti.

- Adeguare le sezioni Amministrazione Trasparente agli schemi di pubblicazione definiti da Anac per i dati riferiti agli obblighi negli ambiti “spese e pagamenti dell’amministrazione”, “organizzazione”, “controlli e rilievi sull’amministrazione” (artt. 4 bis, 13 e 31 del d.lgs. n.33/2013).
- Sviluppare modalità di pubblicazione dei dati in logica open e interoperabile con la Piattaforma Unica della Trasparenza (PUT) e Trasparenza di ANAC, in coerenza con gli schemi approvati con Delibera n. 495/2024.

OBIETTIVO 5 - INDICATORI DI PREVENZIONE E DI BUONA AMMINISTRAZIONE

La conoscenza e il monitoraggio degli indicatori di warning abilitanti la corruzione e la cattiva amministrazione della cosa pubblica sono di assoluto rilievo per la prevenzione della corruzione e per promuovere la “buona amministrazione”. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- Applicare i cruscotti e le dashboard progettate nel 2025 per monitorare gli indicatori di rischio di misurazione della corruzione (compreso il cruscotto elaborato dal Gruppo intraziendale degli RPCT Sanità) e di buona amministrazione, anche prevedendo l’istituzione di appositi gruppi di lavoro tra gli enti;
- Progettare ulteriori evoluzioni dei cruscotti informativi di indicatori (KPI) finalizzati al monitoraggio anche di indicatori e ambiti di “buona amministrazione” quali: rispetto tempi procedurali, applicazione misure anticorruzione, applicazione obblighi di pubblicazione, rilevazioni di customer satisfaction per utenti esterni e interni, rispetto tempi pagamento fatture commerciali.

Tra gli obiettivi del 2025 c’era lo sviluppo di un sistema di indicatori (Key Performance Indicators) che il sottogruppo costituito referente l’IRCSS San Martino del Gruppo Interaziendale RPCT ha elaborato e presentato al Convegno di Genova con ANAC del 09/06/2025.

Per l’anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato mandato di implementare un cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

Tali indicatori dovranno essere misurati dalle strutture aziendali competenti in materia con il supporto dell’ufficio RPCT. Gli indicatori sono di seguito elencati:

1. Appalti Pubblici

- Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV): L'uso del criterio OEPV comporta maggiori margini di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso, potenzialmente aprendo la strada a favoritismi.

2.	<ul style="list-style-type: none"> 4. Elevata percentuale di procedure aggiudicate con criterio OEPV rispetto al totale 5. Criteri di valutazione poco chiari o non coerenti con l'oggetto dell'appalto 6. Scarso equilibrio tra componente tecnica ed economica, con prevalenza eccessiva della componente qualitativa 7. Numero limitato di partecipanti alla gara 8. Assenza o incompletezza di dati/documentazione trasparente nella fase di aggiudicazione
10. M E D I O	<ul style="list-style-type: none"> 11. Ripetività di aggiudicazioni OEPV a favore degli stessi operatori 12. Criteri di valutazione definiti ma con margini interpretativi moderati 13. Equilibrio adeguato tra componente tecnica ed economica 14. Numero medio di partecipanti alla gara
16. B A S S O	<ul style="list-style-type: none"> 17. Documentazione completa e trasparente con motivazioni dettagliate 18. Uso limitato o nullo del criterio OEPV, con prevalenza di criteri oggettivi 19. Elevato numero di partecipanti alla gara

Appalti Pubblici

Procedure non aperte o ristrette:

Queste includono procedure negoziate, affidamenti diretti e cottimi fiduciari. Una quota elevata di tali procedure, rispetto al totale, può indicare una mancanza di concorrenza e trasparenza.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga tecnica reiterata oltre il necessario - Mancanza di clausola d'opzione nel bando - Prolungamento non motivato da esigenze oggettive - Affidamento diretto di fatto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga prevista ma di durata discutibile rispetto all'appalto originario - Motivazioni non strettamente tecniche o temporanee - Comunicazione agli organi di controllo (RPCT) ma rischio di abuso
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga prevista e limitata nel bando - Durata contenuta e proporzionata - Motivazione oggettiva e documentata - Comunicazione tempestiva agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

Gare con un'unica offerta:

Quando un appalto si conclude con la ricezione di una sola offerta, il rischio è che la mancanza di concorrenza nasconda comportamenti corruttivi o scelte non ottimali.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di concorrenza senza giustificazioni oggettive - Settore con presenza di più operatori - Possibili accordi tra imprese o rapporti privilegiati - Prezzi superiori a quelli di mercato - Rischio di aggiudicazione non ottimale per la PA
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Settore con pochi operatori - Documentazione delle difficoltà di attrarre offerte - Analisi di mercato effettuata e trasparente - Prezzi in linea con il mercato, ma rischio comunque presente
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Unicità del fornitore comprovata - Urgenza o motivi tecnici insuperabili - Procedura trasparente e motivata - Controlli ex post e comunicazione agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

Processi di proroga e rinnovo dei contratti

Estensioni contrattuali che superano in maniera marcata la durata originaria possono essere indicative di una volontà di evitare la trasparenza di una nuova gara, mantenendo relazioni consolidate con fornitori specifici.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Durata molto superiore al contratto originario - Assenza di clausole di proroga nel bando - Mancanza di motivazioni oggettive - Possibile affidamento diretto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza - Rischio alta eredità per gli amministratori
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Clausole di proroga presenti ma usate al limite - Motivazioni documentate ma non strettamente tecniche - Durata proroga contenuta ma significativa - Rischio di abuso ma con qualche tutela formale
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga tecnica limitata nel tempo - Motivazioni oggettive e documentate - Rispetto delle condizioni previste dal Codice Appalti (D.Lgs. 36/2023) - Trasparenza e comunicazione agli organi di controllo

Gestione del Personale

Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Incidenza elevata di incarichi fiduciari senza selezione pubblica - Nomine dirette prevalenti rispetto a procedure comparative - Mancanza di pubblicazioni di atti motivati e curricula - Elevato rischio di clientelismo, nepotismo e favoritismi - Possibili violazioni del principio di imparzialità e concorrenza
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Incidenza di incarichi fiduciari entro limiti di legge - Procedure di nomina non sempre trasparenti o pubbliche - Motivazioni presenti ma non sempre esaustive - Rischio contenuto ma presente di favoritismi o scelte non ottimali
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Incidenza limitata e giustificata di incarichi fiduciari - Procedure selettive e comparative prevalenti - Pubblicazione puntuale di nomine, motivazioni e curricula - Basso rischio di favoritismi e clientelismi - Conformità ai principi di trasparenza e imparzialità

Gestione del Personale

Percentuali rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazioni non effettuate o molto ritardate (oltre i tempi previsti) - Assenza di motivazioni documentate o giustificazioni insufficienti - Mancata applicazione delle misure alternative (es. segregazione funzioni) - Scarso o nullo monitoraggio e reporting nel PTPCT/PIAO - Elevato rischio di consolidamento di rapporti clientelari e di corruzione
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazioni effettuate in parte, con alcune eccezioni giustificate - Misure alternative adottate in modo non sistematico - Monitoraggio e reporting presenti ma non sempre completi - Rischio contenuto ma presente di comportamenti non conformi
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazioni programmate e realizzate nei tempi previsti - Applicazione coerente delle misure alternative quando necessario - Monitoraggio continuo e report puntuali nel PTPCT/PIAO - Basso rischio di consolidamento di situazioni a rischio di corruzione

Gestione del Personale

Percentuale incarichi annullati o revocati

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numerosi annullamenti/revocche per violazioni di legge o procedure - Mancata verifica preventiva delle professionalità interne ed esterne - Ricorsi frequenti e contenziosi amministrativi - Elevato rischio di danni erariali e responsabilità amministrativa - Segnalazioni da parte di TAIR, Corte dei Conti o ANAC
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Annullamenti/revocche occasionali e giustificati - Procedure di verifica e controllo presenti ma non sempre efficaci - Rischio contenuto ma presente di errori o irregolarità - Attività di formazione e aggiornamento in corso
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Rari annullamenti o revocche, generalmente per cause eccezionali - Procedure trasparenti e conformi alla normativa vigente - Verifiche preventive e documentate delle professionalità - Basso rischio di errori o irregolarità

Gestione del Personale

Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Alta incidenza di procedimenti disciplinari conclusi con sanzioni gravi (licenziamenti, sospensioni) - Numerosi eventi critici rilevati e gestiti - Presenza di fenomeni di illegalità o malcostume diffusi - Necessità di interventi strutturali e rafforzamento della prevenzione
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimenti disciplinari attivati ma con circa un terzo conclusi senza sanzioni - Sanzioni applicate in modo proporzionato e selettivo - Eventi critici gestiti con efficacia e trasparenza - Rischio contenuto ma presente, con margini di miglioramento nella prevenzione
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Limitato numero di procedimenti disciplinari e sanzioni gravi - Prevalenza di comportamenti conformi alle regole - Sistema di prevenzione e controllo efficace - Basso rischio di fenomeni corruttivi o malcostume

Conflitto di Interessi

Numero di conflitti di interesse dichiarati:

Quanti casi sono stati formalmente segnalati e gestiti.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Scarso o nullo numero di segnalazioni nonostante il contesto complesso - Mancata adozione di misure preventive e di controllo - Potenziali conflitti non rilevati o non comunicati - Rischio elevato di favoritismi e violazioni di imparzialità
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Segnalazioni presenti ma non sistematiche - Procedure di gestione parzialmente documentate - Alcuni casi di conflitto gestiti correttamente - Rischio contenuto ma presente, soprattutto in assenza di monitoraggi costanti
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Segnalazioni coerenti con il volume e la complessità dell'ambito - Procedure chiare e applicate per la gestione dei conflitti - Comunicazioni tempestive e astensioni effettive - Basso rischio di condizionamenti illeciti

Conflitto di Interessi

Tasso di risoluzione dei conflitti:

Percentuale di conflitti di interesse risolti in un arco di tempo definito.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Ritardi o astensione del personale coinvolto - Procedure di gestione non applicate o incomplete - Elevato rischio di favoritismi e violazioni di imparzialità - Carenze nella vigilanza e controllo
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Procedure di gestione presenti ma non sempre tempestive - Alcune situazioni di conflitto risolte parzialmente - Rischio residuo di condizionamenti o favoritismi - Necessità di migliorare la tempestività e completezza delle misure
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione rigorosa della normativa vigente (es. Art. 16 del D.Lgs. 36/2023) - Astensione immediata del personale in conflitto - Procedure chiare e trasparenti di gestione - Basso rischio di influenze indebite o alterazioni della concorrenza

Conflitto di Interessi

Qualità della documentazione e delle procedure di gestione:

Valutazione qualitativa delle politiche interne e della loro efficacia.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di procedure chiare e formalizzate - Assenza o scarsa qualità delle dichiarazioni di assenza di conflitto - Procedure di verifica e controllo non definite o non applicate - Archiviazione e monitoraggio delle dichiarazioni carenti o assenti - Scarso coinvolgimento e formazione del personale
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Politiche interne formalizzate ma non sempre aggiornate - Dichiarazioni di assenza di conflitto raccolte ma con verifiche limitate - Procedure di controllo esistenti ma non sempre efficaci - Monitoraggio e archiviazione parziali - Formazione del personale presente ma non sistematica
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Politiche dettagliate e aggiornate in materia di conflitti di interesse - Dichiarazioni obbligatorie e verificate sistematicamente - Procedure di controllo e monitoraggio ben strutturate (es. registri, sistemi informatici) - Documentazione completa e facilmente accessibile - Formazione continua e sensibilizzazione del personale

Formazione e cultura dell'integrità

Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione

(PIAO, whistleblowing, pantouflage, codice di comportamento).

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Personale non formato o informato sulle misure anticorruzione - Mancata diffusione o applicazione del Piano Integrato Anticorruzione e Trasparenza (PIAO) - Ignoranza o scarsa conoscenza degli strumenti di segnalazione (whistleblowing) - Assenza di codici di comportamento o loro mancata osservanza - Elevato rischio di comportamenti illeciti e mancata prevenzione
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione presente ma non sistematica o aggiornata - PIAO adottato ma non pienamente implementato - Strumenti di whistleblowing attivi ma poco utilizzati - Codice di comportamento presente ma non sempre rispettato - Rischio moderato di inefficacia nelle misure di prevenzione
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione regolare e aggiornata del personale - PIAO adottato, aggiornato e diffuso - Meccanismi di whistleblowing efficaci e utilizzati - Codice di comportamento chiaro, aggiornato e rispettato - Basso rischio di comportamenti corruttivi e maggiore trasparenza

Formazione e cultura dell'integrità

Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione non sistematica o sporadica - Mancata copertura dei dipendenti in aree a rischio - Assenza di formazione specifica per ruoli chiave (RPCT, dirigenti) - Scarso impatto sulla cultura organizzativa anticorruzione - Elevato rischio di inefficacia delle misure preventive
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione prevista ma non sempre aggiornata - Copertura parziale del personale, con attenzione maggiore alle aree a rischio - Programmi di formazione differenziati ma non sempre efficaci - Rischio residuo di comportamenti non conformi o di scarsa consapevolezza
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione obbligatoria e regolare per tutto il personale - Percorsi formativi specifici per RPCT, dirigenti e personale a rischio - Aggiornamenti annuali o biennali - Monitoraggio e rendicontazione della formazione erogata - Basso rischio di comportamenti illeciti e maggiore efficacia delle misure

Formazione e cultura dell'integrità

Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Personale ignaro o poco informato sulle misure anticorruzione - Mancata attuazione delle misure previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Assenza di segnalazioni o interventi disciplinari per inadempienze - Elevato rischio di violazioni e comportamenti non conformi - Mancanza di un sistema di monitoraggio efficace
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione e informazione erogate ma non costantemente - Applicazione delle misure non sempre uniforme o tempestiva - Monitoraggio e verifica presenti ma non sempre efficaci - Rischio residuo di non conformità e inefficienze - Necessità di migliorare la cultura organizzativa
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Personale formato e sensibilizzato regolarmente - Misure applicate in modo coerente e documentato - Sistema di monitoraggio e controllo attivo e efficace - Segnalazioni gestite e azioni disciplinari tempestive - Basso rischio di comportamenti illeciti e alta efficacia preventiva

Trasparenza e Accesso Civico

Tempo medio di pubblicazione dei dati:

Intervallo tra il completamento di un processo decisionale e la sua pubblicazione ufficiale.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione ritardata oltre i termini ragionevoli (es. >100 giorni) - Mancata definizione di tempi chiari previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Ritardi sistematici nella pubblicazione di dati sensibili (bandi, incarichi, contributi) - Rischio elevato di opacità e mancato controllo pubblico - Potenziali fenomeni di corruzione o favoritismi
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione entro 1-6 mesi dalla disponibilità dei dati - Tempi definiti nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, ma con margini di flessibilità - Ritardi occasionali ma non sistematici - Rischio moderato di inefficienze e ridotta trasparenza
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione entro 30 giorni dalla disponibilità dei dati - Definizione chiara e rispettata dei tempi previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Aggiornamento costante e trasparente - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Trasparenza e Accesso Civico

Numero di audit e controlli pubblicamente resi noti:

Frequenza e trasparenza dei controlli interni ed esterni.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Pochi o nessun audit resi pubblici - Mancanza di report o documentazione accessibile - Controlli sporadici o non pianificati - Assenza di misure correttive comunicate - Elevato rischio di opacità, inefficienze e fenomeni corruttivi
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Audit condotti con cadenza almeno annuale o biennale - Report pubblici parziali o non sempre aggiornati - Procedure di monitoraggio presenti ma migliorabili - Trasparenza discreta, ma con margini di miglioramento
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Audit pianificati e svolti regolarmente (es. annuali o trimestrali) - Report dettagliati e pubblicati tempestivamente - Integrazione dei risultati nei Piani di monitoraggio e PIAO - Misure correttive comunicate e monitorate - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

OBIETTIVO 6 - ANTICORRUZIONE E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ex art. 6 del DL 80/2021 è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell'Ente finalizzate al valore pubblico finale, analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all'approvazione del PIAO. In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti. A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:

- Predisporre la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” secondo le direttive del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2025 di ANAC in una logica di integrazione con le altre sezioni del PIAO o documento analogo e prevedendo forme di coordinamento tra RPCT e gli altri attori coinvolti nella predisposizione del PIAO.

- Garantire l'aggiornamento di un'unica e integrata mappatura di tutti i processi a rischio, la loro valutazione e il loro trattamento.
- Consolidare i parametri di valutazione del rischio prevedendo anche il rischio di interferenza di soggetti esterni e di stakeholder nelle procedure amministrative.
- Prevedere il monitoraggio periodico dell'attuazione delle misure di prevenzione e del rispetto degli obblighi di trasparenza.
- Promuovere la cooperazione tra gli enti al fine di un approccio comune alla programmazione contenuta nel PIAO a cominciare dalla definizione di obiettivi di valore pubblico territoriali.

OBIETTIVO 7 - GOVERNANCE E COORDINAMENTO DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'efficacia dell'attuazione del complessivo sistema di disposizioni che scaturiscono dalla legge n. 190/2012 può essere migliorata con lo sviluppo di un modello a rete territoriale a supporto dei responsabili della prevenzione della corruzione. Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- Rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale, anche prevedendo la costituzione di appositi gruppi di lavoro tematici.
- Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.
- Coordinare la strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo
- Promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholders anche con la progettazione di un tavolo permanente di dialogo e confronto con le organizzazioni della società civile e gli stakeholder più rappresentativi sulle misure anticorruzione.

(Articolo 4)

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALI E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE

La prima e fondamentale fase del processo per la gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, esterno e/o interno, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne e al fine di definire misure adeguate a contrastare i rischi corruttivi. Il PNA contiene un generico riferimento al contesto esterno ed interno ai fini dell'analisi del rischio corruttivo.



L'analisi del contesto esterno, ha come obiettivo ottenere le informazioni necessarie a comprendere come le caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e definire, quindi, misure adeguate a contrastare il loro sorgere.

E' attraverso questo tipo di analisi, che s' intende favorire la predisposizione di PTPCT contestualizzati e, quindi, potenzialmente più efficaci a prevenire i rischi corruttivi.

Per l'analisi del contesto interno si deve aver riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'Azienda che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione considerando gli organi di indirizzo, le strutture organizzative, ruoli e responsabilità, le politiche, gli obiettivi, e strategie.

L'Azienda fa parte del Sistema Sanitario Regionale Ligure. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con la Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda si articola nel seguente modo:



- **Il Distretto 17** che comprende 7 Comuni della Riviera, 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara: Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice di Cornoviglio, Deiva Marina, Follo, Framura, Levante, Monterosso, Pignone, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, Severini, Vernazza e Zignago .
- **Il Distretto 18** che comprende i 3 Comuni del Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- **Il Distretto 19** comprende i 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

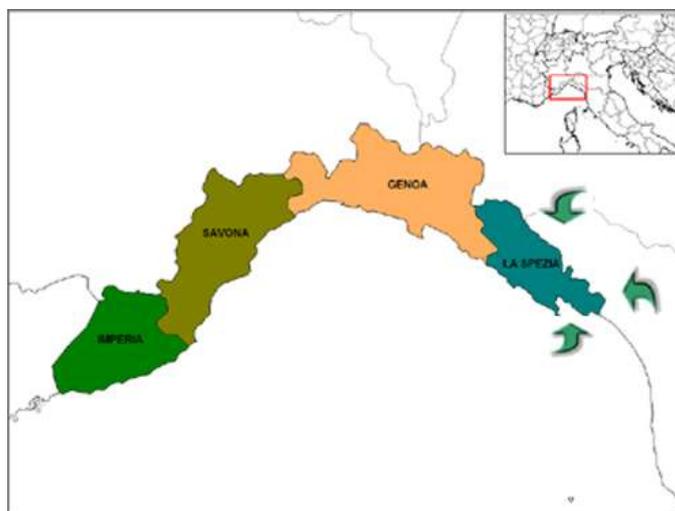
La rete ospedaliera, organizzata strutturalmente e funzionalmente in Dipartimenti, è costituita da un Presidio Ospedaliero (Presidio Ospedaliero del Levante Ligure) articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

Ospedale S. Andrea della Spezia

Ospedale San Bartolomeo di Sarzana

Nel territorio del Comune di Levante è inoltre presente una Struttura Sociosanitaria con posti tecnici di dialisi e una sede di primo intervento (PPI). I Dipartimenti di Area Sanitaria dell'Azienda sono costituiti da Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche attraverso cui si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

CONTESTO ESTERNO



Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2025, il bacino di utenza dell’Azienda è costituito su una superficie di circa 665,22 Km². Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.711 abitanti.

(Articolo 5) COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Piano Nazionale Anticorruzione, nel suo aggiornamento del 2015 ha stabilito che *“L’efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione”*. In particolare, *“Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n.6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:*

- alla performance;
- agli standard di qualità dei servizi;
- alla trasparenza e alla integrità;
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Nell’aggiornamento al PNA 2017 viene ribadita *“la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza e anticorruzione”* e *“ che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei*

documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza".

E' dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal D.lgs. n. 150 del 2009, ribadito anche dalla determina ANAC n. 12/2015, ossia:

- il Piano e la Relazione sulla performance (art.10 del D.lgs.150 del 2009);
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art.7 del D.lgs.150 del 2009);
- il Piano Aziendale della Formazione.

Gli obiettivi anticorruzione del 2026 sono illustrati all'art. 10 "Metodologia di valutazione del rischio".

(Articolo 6) **SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE: COMPITI E RESPONSABILITA'**

6.1) AUTORITA' DI INDIRIZZO POLITICO

La Autorità di indirizzo politico è la Direzione Aziendale coinvolta nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e pertanto chiamata a partecipare attivamente all'elaborazione del PTPCT, alla definizione dei suoi contenuti e delle misure da applicare, all'attuazione e al controllo di efficacia delle misure con esso adottate nonché all'individuazione degli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione. Questi ultimi costituiscono contenuti necessari del PTPCT (art 1, co 8, Legge 190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.lgs. 97/2016). La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPCT e possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, e, ricevono dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

6.2) RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La figura del RPCT è stata interessata da sostanziali modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 e dal PNA 2016; infatti è stato unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile Corruzione e Trasparenza (RPCT) e rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il RPCT, ai sensi della legge n. 190/2012 tra l'altro deve svolgere i seguenti principali

compiti:

- elabora e propone al Direttore Generale il PTPCT;
- formula le proposte per il piano di formazione aziendale per quanto concerne la prevenzione della corruzione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- individua il personale da inserire nei programmi di formazione;
- secondo termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta;
- riferisce sull'attività alla Direzione Generale, in caso di richiesta o qualora ne rilevi l'opportunità;
- vigilare sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio contenute nel PTPCT e segnalare all'organo di indirizzo e all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il RPCT è soggetto a responsabilità nei termini previsti dalla normativa vigente.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Deliberazione del Direttore Generale n. 525 del 08/06/2023, il Dott. Carlo Oliva, Dirigente amministrativo, è stato nominato RPCT.

6.3) REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELL'ANTICORRUZIONE

Il Referente svolge attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questo abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'ASL, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche in relazione agli obblighi di rotazione del personale.

L'azione del Referente è subordinata alle indicazioni e istruzioni del suo Responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

I referenti, concorrono ad assicurare in modo diffuso e capillare un'azione coordinata di attività di controllo per la prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, e riferiscono al RPCT sulle attività svolte nell'esercizio delle proprie funzioni.

Essi, inoltre, con riferimento alle articolazioni cui sono preposti segnalano:

- i dipendenti da inserire nei piani di formazione sui temi della legalità, che operano nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- eventuali modifiche intervenute rispetto al presente PTPCT, nell'individuazione di attività a più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti organizzativi tali da richiedere una modifica del piano stesso;
- eventuali accertamenti di violazione del presente piano;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti interni per la conclusione dei procedimenti;

- gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l’Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione ed erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, amministratori o soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell’Amministrazione;
- le esigenze, ai sensi del presente Piano, in termini di rotazione di incarichi negli uffici preposti a svolgere attività, ove è più elevato il rischio di corruzione;
- qualsiasi informazione ritenuta utile per il pieno conseguimento delle finalità del presente piano.

6.4) DIPENDENTI, TITOLARI DI INCARICHI DI FUNZIONE, DIRIGENTI

I dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposte alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative, i dirigenti, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, a seguito della pubblicazione sul portale aziendale devono essere a conoscenza del presente PTPCT e devono provvedere all'applicazione dello stesso.

Tutti i dipendenti delle Strutture organizzative coinvolte nell’attività amministrativa mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Dipendenti e tutto il personale in servizio (anche a tempo determinato e collaboratori esterni)

Oltre a quanto suindicato, i dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente e/o al RPCT;
- segnalano casi di personale in conflitto di interessi;
- condividono l'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che siano alla base del codice di comportamento dell’Amministrazione.

Titolari di Incarichi di funzione

I titolari di incarichi di funzione nelle strutture ad alto rischio, provvedono al monitoraggio settimanale dell'effettiva avvenuta trasmissione della posta in entrata e, ove possibile in uscita; relazionano contestualmente al proprio dirigente sulle eventuali anomalie.

Le anomalie (procedure non conformi alle direttive aziendali) costituiscono elemento di valutazione della responsabilità da parte del dipendente preposto alla trasmissione.

La mancata segnalazione dell'anomalia costituisce elemento di valutazione della responsabilità del titolare di posizione organizzativa.

Dirigenti

Nell'area di rispettiva competenza, i Dirigenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio in un'ottica di piena condivisione degli obiettivi e di massima responsabilizzazione, al monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie e propongono misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale;
- propongono al RPCT, i dipendenti da inserire in particolari programmi di formazione;
- inseriscono nei bandi di gara apposita clausola che preveda l'esclusione di coloro che non dichiarino di aderire alle regole di legalità previste dal Codice di Comportamento aziendale, per quanto compatibili;
- provvedono, al monitoraggio semestrale dell'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza relazionando al RPCT.

6.5) ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Azienda, con Delibera n. 515 del 26.05.2022 ha ricostituito l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV). L'OIV svolge le funzioni , previste dal Decreto Legislativo n. 150/2009. Con delibera n. 1111 del 13/12/2017 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento OIV.

L'OIV garantisce la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance e svolge inoltre funzioni di monitoraggio e verifica degli obblighi di pubblicazione sul sito della trasparenza assicurando la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità dei risultati raggiunti dal personale dirigenziale.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, l'OIV verifica la corretta applicazione del PTPCT da parte dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale o Strutture Semplici.

Come stabilito da P.N.A., gli organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- validano la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati;

- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art.43 e 44 Decreto Legislativo n. 33/2013); In particolare promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai sensi art. 14 D.Lgs.150/2009;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art.54 e 55 D.Lgs.n.165\2001);
- verificano la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- verificano i contenuti della relazione annuale del RPCT sull'attuazione delle misure anticorruzione (art.1,comma 14 Legge 190/2012)

6.6) UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

Il suddetto organismo, costituito con Delibera n. 238 del 08.03.2023 “Modifica composizione Ufficio Procedimenti Disciplinari - UPD - a seguito di cessazione di alcuni componenti” svolge le seguenti attività:

- istruisce i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art.55 bis Decreto Legislativo n.165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria (art. 20 Decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art 1 comma 3 - Legge n.20\1994; art. 331 Codice di Procedura Penale);
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- svolge attività di vigilanza e in raccordo col RPCT e al monitoraggio previsto dall'art. 15 del DPR n. 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale.

6.7) COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO CON L'AMMINISTRAZIONE

Il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai soggetti sopra indicati anche a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- Personale assunto con contratto di somministrazione;
- Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della S.C. Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente PTPCT e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere

inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del PTPCT e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

6.8) NOMINA RASA E GESTORE ANTIRICICLAGGIO

Il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto (RASA, Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti) preposto all'iscrizione e aggiornamento dell' Anagrafe unica stazioni appaltanti (AUSA) e a indicarne il nome nel PTPCT.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 643 del 18/07/2023 è stato individuato come Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) il Dott. Marco Lugli Dirigente Amministrativo della S.C. Programmazione e Gestione Acquisti gestione Magazzino Economale.

Con Deliberazione del Direttore Generale n.995 del 16/12/2021 è stato adottato apposito Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo sulla base delle indicazioni contenute nel decreto UIF del 23/04/2018 " Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle PP.AA". La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

Con Deliberazione del Direttore Generale n.650 del 27/07/2023 è stato nominato all'interno dell'Azienda, il soggetto Gestore delegato alla valutazione e trasmissione all'UIF (Unità di valutazione Finanziaria) delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo. Il soggetto nominato Gestore è il Dott. Matteo Fontana Dirigente Amministrativo della S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

Tale Regolamento ha lo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte degli Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari (indicatori di cui al DM del 25/9/2015 e decreto UIF del 23/04/2018) possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle Strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni,

identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

(Articolo 7) OBBLIGHI DI CONOSCENZA

La presa visione del PTPCT e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui ai precedenti articoli.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane inserisce clausola nei contratti di lavoro di ogni nuovo assunto o collaboratore circa l'obbligo di prendere visione del PTPCT consultando l'apposito sito web;
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPCT e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti.

(Articolo 8) PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO:

La gestione del rischio di corruzione:

a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;

b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;

c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della *performance* e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPCT per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle *performance* o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPCT è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;

- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPCT;
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPCT);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Il processo di gestione del rischio adottato dall'Azienda si sviluppa in un processo dinamico articolato in diverse fasi di intervento:

- FASE DI ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO (si richiama art. 4 del presente PTPCT) e conseguente MAPPATURA DEI PROCESSI (individuazione aree a rischio) da svolgere su tutta l'attività dell'azienda (tutte le aree a rischio sulla base delle specificità dell'Azienda) al fine di identificare le aree che in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa risultano potenzialmente esposte a rischi di corruzione. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. Essa consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase, al fine di procedere all'elaborazione del registro dei rischi e definire l'ambito di intervento.
- FASE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO : è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità e le possibili misure preventive:

a) Identificazione degli eventi rischiosi. L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'Azienda. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «*non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive*», compromettendo l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

b) Analisi del rischio: L'analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e di individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

L'analisi è essenziale al fine di:

- comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi (ad es. mancanza di controlli, di trasparenza, inadeguata diffusione della cultura della legalità, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento...)e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l'individuazione delle misure di prevenzione più idonee);
- definire quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

c) Ponderazione del rischio: l'obiettivo della ponderazione del rischio, è di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione» (PNA).

In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera. La ponderazione del rischio viene attuata in Azienda secondo un criterio "prudenziale" quindi , anche in presenza di un rischio basso si è proceduto comunque all'individuazione di misure di prevenzione della corruzione. La determinazione del livello di esposizione al rischio dei singoli processi (valutazione del rischio) è stata effettuata in Azienda, utilizzando la metodologia e i criteri in termini di probabilità e impatto che si realizza attraverso la misurazione della probabilità che un rischio si realizzi e delle conseguenze che esso produrrebbe all'interno dell'Amministrazione.

➤ FASE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione): Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Le misure non devono essere astratte , ma devono opportunamente essere progettate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili. Le misure possono essere misure "obbligatorie" e misure "ulteriori". Le prime sono definite come tutte quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative; le seconde, invece, possono essere inserite nei PTPCT a discrezione dell'amministrazione. Il PTPCT contiene sia misure obbligatorie che ulteriori e prevede per ogni misura individuata, la tempistica di attuazione, il responsabile e gli indicatori e la periodicità del monitoraggio.

L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili e dei Dirigenti delle strutture aziendali e

dei titolari di posizioni organizzative, di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Nel 2025, il Gruppo interaziendale ha svolto le seguenti attività in merito agli obiettivi definiti:

OBIETTIVI	ATTIVITÀ SVOLTA
<p>OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato.</p> <p>A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti; ▪ Prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse, (in quest'ultimo caso acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria); ▪ Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC. 	<p><i>E' stata predisposta una scheda elaborata da ASL5 per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.</i></p> <p><i>La scheda si compone di diverse sezioni relative alla descrizione dei processi, identificazione dei rischi - indicatori di rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche di prevenzione del rischio.</i></p> <p><i>I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzature, software).</i></p> <p><i>Nella sezione Amministrazione Trasparente - sottosezione Altri contenuti PNRR viene pubblicata la rendicontazione semestrale dei progetti in essere e il monitoraggio sull'utilizzo dei fondi stanziati e sullo stato di attuazione dei progetti stessi.</i></p>
<p>OBIETTIVO 2 - Promozione della cultura dell'integrità e formazione</p> <p>La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione.</p> <p>Per questo occorre programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l'istituto del whistleblowing e la normativa antiriciclaggio</p>	<p><i>E' stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento.</i></p> <p><i>E' stato predisposto il materiale per il corso sulla normativa e sulle disposizioni attuative riguardanti il whistleblowing che verrà erogato nel corso del 2026.</i></p>

<p>OBIETTIVO 3 - Antiriciclaggio L'applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs. n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni. A tal fine, occorre garantire l'applicazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n.231 del 21 Novembre 2007 recante "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" per le Pubbliche Amministrazioni.</p>	<p><i>E' stato organizzato un corso per i dirigenti e i dipendenti di Regione Liguria e delle aziende sanitarie che si è svolto in data 13 Novembre 2025.</i></p>
<p>OBIETTIVO 4 - Indicatori per la prevenzione della corruzione Per migliorare l'efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l'azione pubblica degli enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di <i>alert</i> che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare. Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mappare i principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia. ▪ Progettare un cruscotto informativo di indicatori (KPI) finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire. 	<p><i>E' stato progettato un cruscotto di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.</i> <i>Gli ambiti considerati sono: Appalti pubblici (procedure, esiti, partecipazione); Gestione del personale (assegnazioni, rotazione, incarichi, formazione); Conflitti di interesse (dichiarazioni, incompatibilità, autorizzazioni); Formazione e cultura dell'integrità; Trasparenza e accesso civico.</i> <i>Tale attività è stata presentata durante il Convegno in data 9/06/2025 presso la Regione Liguria al quale sono intervenuti anche due Consiglieri di ANAC.</i></p>

(Articolo 9) MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione e apportare i necessari correttivi, è stato messo a regime un adeguato sistema di monitoraggio che comporta la valutazione del livello di rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio viene effettuato:

- dai soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione;
- dall'RPCT;

- dall'OIV.

Il monitoraggio non si sostanzia soltanto nella verifica dell'attuazione del Piano, ma si estende alla verifica dell'efficacia delle misure previste, al fine di definire gli interventi di implementazione e miglioramento dei suoi contenuti.

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

- La predisposizione da parte del RPCT, entro la data stabilita da ANAC, di una relazione annuale che riporta il rendiconto, anche sulla base dei rendiconti presentati annualmente dai Referenti e Responsabili di struttura, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano. Lo svolgimento di audit e/o controlli a campione da parte dei Referenti delle macro-aree e del RPCT, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo. Il sistema di monitoraggio e la definizione delle relative modalità operative verrà sviluppato ulteriormente nel triennio di validità del presente Piano.
- La definizione di un sistema di reportistica tale da consentire ai Referenti e al RPCT il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure. Considerato il collegamento col Ciclo della Performance la reportistica è quella utilizzata per verificare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia, sia in fase di rendicontazione finale;
- Nel corso degli anni il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza è stato effettuato dall'RPCT alla cadenza temporale del 30 giugno e del 31 dicembre per le strutture interessate esaminando l'attuazione dei singoli obblighi sulla base delle relazioni dei responsabili delle strutture. L'RPCT ha predisposto apposita relazione semestrale sullo stato di attuazione delle misure anticorruzione e degli obblighi di trasparenza. Le relazioni sono pubblicate sul sito aziendale e allegate al presente Piano.

(Articolo 10)

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Relativamente alla metodologia per analizzare ciascun singolo procedimento amministrativo/processo sanitario aziendale e individuare le relative misure specifiche di prevenzione del rischio, durante l'anno 2026, si utilizzerà una nuova metodologia in linea con quanto suggerito dall'ANAC.

Si adotterà un approccio prevalentemente qualitativo, superando un approccio meramente quantitativo basato sull'attribuzione di punteggi (scoring), garantendo massima trasparenza.

I criteri di valutazione per la esposizione al rischio di eventi corruttivi devono essere determinati da ogni Amministrazione che deve tradurli in indicatori di rischio (key performance indicators) quali: 1) livello di interesse esterno: la presenza anche di interessi economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo; 2) grado di discrezionalità del decisore interno: la presenza di un processo decisionale altamente

discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; 3) manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi; 4) opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio; 5) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare una opacità sul reale grado di rischiosità; 6) grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Le valutazioni sui rischi devono essere sempre motivate esplicitando bene il giudizio e devono avvenire sulla base di evidenze, con il supporto di dati oggettivi quali: 1) dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'Azienda (reati contro la P.A., falso e truffa, procedimenti per responsabilità amministrativo-contabile, ricorsi amministrativi in tema di affidamento dei contratti pubblici); 2) le segnalazioni pervenute (esempio whistleblowing) e gli esiti delle indagini di customer satisfaction che possono evidenziare possibili malfunzionamenti o malgestioni di taluni processi organizzativi.

I criteri/indicatori applicati dovranno essere sintetizzati in una valutazione complessiva di esposizione del rischio per ciascun processo/attività (o fase del processo o sottoattività) o evento rischioso.

Per definire il livello di rischio di ognuno, si deve adottare una scala di misurazione ordinale (basso, medio, alto, elevato) che sarà definito sulla base del giudizio complessivo espresso sullo specifico procedimento/processo o su una parte di esso.

Al fine di realizzare la mappatura dei processi con la finalità di individuare il livello di rischio, si usa una specifica scheda di rilevazione articolata nelle seguenti parti:

- descrizione del processo: struttura, processo, n. fase, esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione), evento (rischio);
- identificazione del rischio - indicatori di rischio: livello di interesse esterno, grado di discrezionalità del decisore interno della PA, opacità del processo decisionale, grado di attuazione delle misure anticorruzione, dati sui precedenti giudiziari, i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile, i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici, esiti dei procedimenti disciplinari, le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction, fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali;
- valutazione del rischio: giudizio del rischio discorsivo e attribuzione livello ordinale;
- programmazione misura specifica: descrizione della misura, risultato atteso, tempi realizzazione, responsabile della misura, indicatori di monitoraggio della misura, valutazione dell'efficacia della misura.

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igiene degli alimenti e nutrizione; 4) Igiene e Sanità Pubblica; 5) Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL;	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI: 1) SS Disabilità; 2) Terapia Fisica e Riabilitazione; 3) Fragilità e cronicità -> SS Residenzialità anziani; Assistenza Farmaceutica aziendale -> SS Farmacia Ospedaliera - SS Protesica	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE: 1) Strutture Residenziali e Semiresidenziali; 2) SERD; 3) Assistenza Psichiatrica Distrettuale 18; 4) Assistenza Psichiatrica 117 e 19; 5) Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile anticiclaggio; 4) Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino economico; 5) Gestione Tecnica; 6) Ingegneria Clinica; 7) Sistema Informativo Aziendale; 8) Controllo di gestione, flussi, acquisto e monitoraggio prestazioni sanitarie e sociosanitarie -> con riferimento alle convenzioni con le strutture accreditate; 9) Coordinamento amministrativo territoriale e contratti medici convenzionati (MMG, PLS, SUMA)	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.

Le strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo indicate ai punti 8 e 9 non sono ancora operative e pertanto gli obiettivi sono riferiti alla struttura vigente S.C. URP, Attività amministrative, Ospedale e Territorio e al così detto CCD (Centro di Controllo Direzionale).

(Articolo 11) AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE

La Legge n. 190 e il PNA hanno già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, e si riferiscono ai procedimenti di:

A) Area: acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'anno
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'anno e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'anno
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'anno e nel contenuto

D)Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale

Queste aree obbligatorie elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012 si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 50 del 2016;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009.

(Articolo 12)

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE / ULTERIORI IN SANITA'

Le aree SPECIFICHE per gli Enti del SSN in relazione alla tipologia ed alla missione della singola azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione:

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Tutti questi processi sono stati mappati ed esaminati e i risultati dell'analisi sono contenuti nel Registro dei rischi.

(Articolo 13)

MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO

Le misure di prevenzione del rischio si classificano in :

- MISURE GENERALI: sono quelle la cui applicazione discende dalla legge o da altre

fonti normative (rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, conferimento/autorizzazione incarichi, inconfiribilità per gli incarichi dirigenziali, incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali, attività successive alla cessazione dal servizio, formazione di commissioni, tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, formazione, patti di integrità negli affidamenti, azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile, monitoraggio dei tempi procedurali, monitoraggio rapporti tra Azienda e soggetti esterni, codice di comportamento, trasparenza). A tali misure si fa riferimento nell'ambito del presente Piano.

- **MISURE ULTERIORI O SPECIFICHE:** sono quelle che pur non essendo obbligatorie per legge, possono essere introdotte nel piano aziendale e pertanto diventano anch'esse obbligatorie.

(Articolo 14)

MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO

14.1) ROTAZIONE DEL PERSONALE

Le pubbliche amministrazioni, di cui all'art.1 comma 2, del Decreto Legislativo n. 165\2001, sono tenute ad adottare adeguati criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, compresi i responsabili di procedimento operanti nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La norma prevede che tale principio di rotazione del personale vada temperato con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza d'indirizzo nelle strutture.

L'introduzione della misura deve essere accompagnata da strumenti e accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa.

14.2) OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale”.

Per conflitto di interessi reale o potenziale si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

L'Azienda ha intrapreso adeguate iniziative per informare il personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

14.3) CONFERIMENTO / AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime di svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.Lgsl.165/2001 prevedendo che:

- apposti regolamenti ministeriali debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche;
- le amministrazioni debbano adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali.

L'Azienda ha approvato con Delibera n. 66 del 29.1.2014 il "Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali" che disciplina la procedura per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali conferiti direttamente dall'amministrazione di appartenenza o da Amministrazioni pubbliche diverse da quella di appartenenza o da Enti privati" che sarà oggetto di revisione.

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziali tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva.

Il dipendente è tenuto a comunicare all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti affinché possa valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interessi.

14.4) INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La Delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli 3 Direttori aziendali (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e adesso anche Direttore Sociosanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. n.39/2013. precisando che:

“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

Con la Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 è stato esteso il regime dell’inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch’essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell’incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell’art. 17 D.Lgs 39/2013 e l’applicazione delle sanzioni di cui all’art. 18 del medesimo decreto.

14.5) INCOMPATIBILITA’ SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI

Ai sensi del D.Lgs. 39/2013 per “incompatibilità” si intende “l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico , lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico”.

A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del D.lgs. 39/2013.

14.6) ATTIVITA’ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO (“PANTOUFLAGE”)

La Legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito dell’art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all’impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l’impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la convenienza di accordi fraudolenti. Il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali del pubblico dipendente prospettandogli possibilità di assunzioni o incarichi una volta cessato dal servizio.

La disposizione stabilisce che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui*

all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti."

14.7) DIVIETO DI CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle Amministrazioni Pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:

- di studio e di consulenza;
- dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle Amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 263 del 30 marzo 2018 " Regolamento in materia di conferimento di incarichi a titolo gratuito nell'ambito dell'ASL 5 Spezzino", l'Azienda ha disciplinato l'istituto in argomento.

14.8) FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.

Con la normativa di cui all'art. 35 bis D.lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1 comma 46 della Legge n.190/2012 sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 introdotto dall'art.1, comma 46 della Legge n. 190/2012, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara.

14.9) TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA UN ILLECITO

La tutela del segnalante (di seguito denominato anche "whistleblower") è disciplinata in ultimo dal Decreto Legislativo n. 24/2023 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle

persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”.

Il Decreto Legislativo n. 24/2023 riguarda la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del Diritto dell'Unione Europea ed è orientato, da un lato, a garantire la manifestazione della libertà di espressione e di informazione e dall'altro, è strumento per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, invece, escluse dal citato Decreto Legislativo le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di Sicurezza e Difesa Nazionale.

La segnalazione di condotte illecite e/o irregolarità, quindi, si configura quale modalità attraverso la quale il segnalante contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e di situazioni pregiudizievoli dell'interesse all'integrità dell'Ente/Azienda e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

E' stata adottata la Deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 15/02/2024 “Approvazione “Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità ricevute da parte del dipendente e relative forme di tutela (WHISTLEBLOWING)”.

14.10) FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare .

A tal fine l'Azienda programma adeguati percorsi di formazione strutturati su due livelli:

- un livello generale_rivolto a tutti i dipendenti che riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità;
- un livello specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione, ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio. Il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto in Azienda.

I fabbisogni formativi sono individuati dal RPCT in accordo con i Dirigenti delle strutture interessate. Ciascun dirigente individuerà il personale impiegato nelle attività a rischio ai fini della partecipazione ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- b) grado di rischio dell'attività svolta;

- c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
- d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

A prescindere dai sopra esposti criteri, deve essere data priorità ai neo-assunti e al personale coinvolto nei processi di rotazione.

14.11) PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI

Patti d'integrità, introdotti per la prima volta con l'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti. Il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Con l'inserimento del "Patto di Integrità" nella documentazione di gara si intende garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché garantire una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento.

Il Patto di Integrità degli Enti del SSR della Regione Liguria regola i comportamenti degli operatori economici e dei dipendenti delle varie Aziende, nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i..

Esso stabilisce la reciproca e formale obbligazione tra l'Amministrazione aggiudicatrice e gli operatori economici, di improntare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'esplicito impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio.

14.12) AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dall' U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza

L'Azienda pertanto deve favorire la cultura del dialogo con l'utenza, le organizzazioni portatrici di interessi, le organizzazioni sindacali, il terzo settore, e in generale la cittadinanza, mediante gli strumenti della comunicazione attraverso la quale il cittadino

partecipa attivamente alla progettazione e al controllo della pubblica amministrazione.

14.13) MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI

L'art. 1 comma 9 ,lett.d , della Legge n.190/2012 prevede che le Amministrazioni pubbliche svolgano il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e che i risultati siano pubblicati e siano resi consultabili nel sito web istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs.33/2013.

Tutte le fasi del procedimento, da quella iniziale fino a quella conclusiva si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni aziendali nel rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio e protezione dei dati personali.

Il rispetto dei tempi procedurali costituisce elemento fondamentale della corretta attuazione dei principi del procedimento amministrativo e della correttezza dell'agire amministrativo e pertanto degli obiettivi di prevenzione di cui al presente Piano. Tale monitoraggio consente di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di adottare tempestivamente adeguate iniziative in caso di omissioni.

Il D.lgs. 97/2016 ha abrogato l'obbligo di pubblicazione semestrale degli elenchi dei procedimenti contenenti i dati numerici di quelli conclusi con rispetto dei termini e quelli conclusi con ritardo con indicazione delle ragioni del ritardo. Tuttavia l'obbligo di monitorare e verificare i tempi dei procedimenti rimane come misura di prevenzione della corruzione in quanto sempre previsto dalla Legge 190/2012.

Pertanto i singoli Responsabili, ciascuno per la struttura di competenza, vigilano sull'osservanza dell'obbligo, anche attraverso periodiche verifiche a campione, comunicando tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità riscontrate .

14.14) MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e, della legge n. 190/2012, l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela e affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e dipendenti.

Sui rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti in argomento, vigilano in via ordinaria i dirigenti preposti alle varie strutture al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza e al rigoroso rispetto della legge anche verificando eventuali relazioni di parentela.

In caso di conflitto di interesse dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I responsabili delle strutture interessate, i dirigenti e dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie danno atto, nel provvedimento di competenza, dell'insussistenza di relazioni di parentela e affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento.

I responsabili delle strutture devono relazionare annualmente il Responsabile della prevenzione della corruzione attestando l'avvenuta effettuazione di verifiche in ordine alle autocertificazioni richieste in occasione di gare o altri procedimenti amministrativi in favore di soggetti destinatari di contratti, o interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, segnalando i casi di conflitto di interesse riscontrati e le misure adottate.

14.15) CODICE DI COMPORTAMENTO

L'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190, assegna al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *"al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico."* In attuazione della delega, Il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 2013, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Il D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81” Regolamento concernente modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62”, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165» ha in parte modificato e integrato il precedente decreto su alcuni istituti: rapporti con il pubblico, disposizioni particolari per i dirigenti, utilizzo delle tecnologie informatiche e utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media.

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa. Si tratta di una misura molto diffusa ed apprezzata anche negli altri Paesi europei e l'esperienza internazionale ne consiglia la valorizzazione.

Il Codice di comportamento contiene tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni.

Il Codice si applica a tutti i dipendenti dell'Azienda e a tutti i collaboratori e consulenti dell'Azienda a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici, borsisti e tirocinanti, lavoratori interinali.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance* e della conseguente

corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e/o dei provvedimenti relativi allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Il codice di comportamento aziendale è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 2024.

14.16) TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio e coinvolge tutti i processi aziendali essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione previsti dalla legge.

Essa consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

(Articolo 15) MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO “ULTERIORI”

Nell'ottica di realizzare un costante miglioramento degli strumenti preventivi e di tracciabilità delle attività vengono individuate quali misure ulteriori di prevenzione, oltre a quelle obbligatorie previste dal PNA (sopra elencate), le azioni SPECIFICHE previste per i singoli procedimenti mappati nel nuovo Registro dei rischi allegato al presente piano quale parte integrante.

SEZIONE PREVENZIONE TRASPARENZA

(Articolo 16) PREMESSA

Con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione ha posto l'accento sul tema della trasparenza, introducendo una serie di strumenti obbligatori, atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità dei dati e delle informazioni e definendo nuovi ambiti d'intervento, ai quali deve attenersi il piano strategico Aziendale.

In ottemperanza all'art.11, comma 8, lettera a), del D.lgs. 150/2009, della legge 6 novembre 2012, n.190, del D.Lgs.33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA diventato operativo dal 23.12.2016) "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni e sulla base delle Linee Guida ANAC (Delibera n. 1310 del 28.12.2016) "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato da D.Lgs. 97/2016", "le Pubbliche Amministrazioni, hanno l'obbligo di adottare come Sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione il Programma per la Trasparenza e l'integrità (pertanto con decorrenza 23.12.2016 si avrà un unico documento denominato PTPCT ex delibera ANAC 831/2016 relativa al PNA 2016, previsione confermata da art.10,comma 1, D.Lgs.33/2013 come modificato da FOIA) ,da aggiornare annualmente, al fine di garantire un adeguato livello di:

- trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività (in particolare mediante la pubblicazione *on-line* delle informazioni concernenti ogni aspetto della Organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse);
- integrità, da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle PA (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

Il Programma dell'Azienda è realizzato rendendo note le iniziative da intraprendere nell'arco triennale di attività e consiste in una dichiarazione programmatica di intenti, sì da garantire i seguenti duplici profili di Trasparenza dell'Azione Amministrativa:

- un profilo "statico", consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale
- un profilo "dinamico", direttamente collegato alla performance, che comporta l'obbligo di risposta alle decisioni prese ed alle azioni compiute.

La pubblicità dei dati collegati all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance, anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interessi (stakeholder). Il coinvolgimento e l'apporto

partecipativo degli stakeholder agevola il raggiungimento del medesimo obiettivo. Al fine di garantire il massimo coinvolgimento degli stakeholder, nel programma sono previste forme di misurazione dell'usabilità e del gradimento dei dati oggetto di pubblicazione.

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione *on-line* dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda e concorre a sollecitare nuove modalità di partecipazione e di coinvolgimento della collettività. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità, sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Il PTPCT enuncia ed esplicita tutte quelle iniziative in corso o da intraprendere, che garantiscano gli obiettivi sopra enunciati.

Fondamento di tale iniziativa è la pubblicazione di tutta una serie di dati e informazioni che favorisca:

- un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione;
- una gestione ottimale delle risorse pubbliche;
- un livello massimo di trasparenza, da attuare anche nelle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance.

La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.asl5.liguria.it.

(Articolo 17) QUADRO NORMATIVO

Si richiamano le principali disposizioni normative:

- Art. 11 del D.Lgs n. 150/2009 la trasparenza come “accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”;
- Linee guida per i siti web della PA del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, che prevedono che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite “l'accessibilità totale” da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190, entrata in vigore il 28 novembre, “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*”;

- Legge 17 dicembre 2012, n. 221, *“Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”*;
- Delibera n. 6/2013, *“Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”*;
- D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali, provvedimento n. 243 del 15.5.2014 *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati”*;
- DPCM 22 settembre 2014 avente ad oggetto *“Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”*;
- Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità (AGENAS-LIBERA) -anno 2015;
- Legge n. 208 del 30.12.2015 (Legge di stabilità 2016) art.1 commi 522 e 523 : *“Gli Enti del SSN assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente il Bilancio di esercizio entro 60 giorni dalla data di relativa approvazione”*;
- D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA) *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni”*;
- D.Lgs. n. 36/2023(nuovo Codice Contratti pubblici);
- Sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019_riguardante gli obblighi di pubblicazione dei dati di reddito e patrimonio;
- D.L. n.162 del 30.12.2019 Decreto milleproroghe , art. 1 , comma 7,(conv. in L. n. 8 del 28.02.2021) con cui si dispone la sospensione della pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali fino al 31.12.2020 (termine prorogato al 30.04.2021) previa emanazione di apposito decreto della Funzione Pubblica che dovrà specificare i soggetti obbligati e le modalità della pubblicazione;
- Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 1 del 22.01.2020 recante proposta di modifiche al decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 (Decreto Milleproroghe);
- D.Lgs. n. 18 del 17.03.2020 (Conv. in L. n. 27 del 24.04.2020) art. 99 *“Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

- Sentenza TAR Lazio n. 12288 del 24.11.2020 Riguardante obblighi di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali;
- Provvedimenti e Linee guida aggiornate predisposti dall'ANAC.

(Articolo 18) OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Per l'anno 2026, sono confermati i seguenti obiettivi strategici generali:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda , delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti, in funzione di prevenzione della corruzione e più in generale della cattiva amministrazione;
- consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;
- garantire piena accessibilità e pubblicità di tutti i provvedimenti adottati;
- implementare il diritto di accesso attraverso una maggiore trasparenza dell'attività amministrativa;
- favorire un rapporto diretto tra amministrazione, cittadini e portatori di interessi;

Tali obiettivi strategici generali si devono tradurre in obiettivi operativi che devono consentire:

- la responsabilizzazione dei Dirigenti/ funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- la possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;
- la possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- la possibilità di controllare in modo diffuso l'operato della pubblica amministrazione.

(Articolo 19)

I DATI: OBBLIGHI E MODALITA' DI PUBBLICAZIONE

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale devono essere selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza (D.Lgs.33/2013 come modificato da D.Lgs. 97/2016 (FOIA) e indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC (Delibera n. 1310 del 28.12.2016)“Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato da D.Lgs. 97/2016” e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on-line* delle amministrazioni. Inoltre, devono essere pubblicati in conformità a quanto definito dal Regolamento relativo al sito Internet istituzionale www.asl5.liguria.it, assunto dall’Asl 5 con Deliberazione del Direttore Generale n. 296 del 2 maggio 2013 e successive integrazioni, che sono state adottate con Deliberazione del Direttore Generale n. 479 dell’11.07.2013.

Le categorie di dati pubblicati devono favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell’informazione e nell’erogazione dei servizi all’utenza.

I soggetti dell’Azienda tenuti agli obblighi di pubblicazione, in qualità di “Fonte”, pubblicheranno i dati direttamente se utenti pubblicatori e, se non utenti pubblicatori forniranno al Servizio Informativo Aziendale (SIA) o al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza i documenti da divulgare, in formato aperto e accessibile, definito per la pubblicazione in oggetto; la “Fonte” dovrà inviare alla casella di posta aziendale della trasparenza quanto pubblicato, direttamente o indirettamente.

L’aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione “Amministrazione Trasparente” avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. La struttura responsabile della pubblicazione, in questo caso, provvederà ad effettuare le modifiche richieste.

(Articolo 20)

TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l’accento sulla protezione dei dati personali, in modo tale che i dati pubblicati -ed i modi di pubblicazione- risultino pertinenti e non eccedenti, rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Si ritiene pertanto opportuno evidenziare che la diffusione dei dati personali e/o sensibili, mediante la pubblicazione su sito istituzionale, è ammissibile nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare per la pubblicazione dei dati di cui agli art. 14 e 15 D.Lgs.33/2013 (situazione patrimoniale e reddituale) e art. 26 (erogazione sussidi contribuiti, benefici economici);
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
4. sul sito possono essere pubblicati solo i dati personali (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) che siano indispensabili rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;

La pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali quali liceità, correttezza, minimizzazione, limitazione della conservazione, adeguatezza e pertinenza con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Nei casi in cui norme di legge o regolamento prevedono la pubblicazione di atti o documenti, le PP.AA. devono provvedere a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o se sensibili o giudiziari non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione (art. 7 bis, comma 4 D.Lgs. 33/2013).

Il RGPD (UE) n.2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), entrato in vigore il 25 maggio 2018 ha introdotto la figura del responsabile della protezione dei dati (RPD).

In particolare all'art.37 del RGPD viene stabilito che il RPD può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente. Nel primo caso, ANAC ritiene (Aggiornamento 2018 al PNA) che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) di ASL5 può essere contattato all'indirizzo : privacy@asl5.liguria.it

Inoltre, la pubblicazione *on-line* delle informazioni sarà effettuata in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida Siti Web" (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla Delibera n.8 del 2009 del Ministero per la pubblica

amministrazione e la semplificazione, e delle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali provvedimento n. 243 del 15.5.2014 " Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati" con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti (pdf, odt, etc.);
- contenuti aperti.

La pubblica amministrazione deve, altresì, prima di pubblicare qualsiasi atto o documento, effettuare i seguenti passi:

- individuare l'esistenza di un presupposto di legge o di un regolamento che legittima la diffusione del documento o del dato personale;
- verificare, caso per caso, se vi sono i presupposti per oscurare determinate informazioni;
- sottrarre all'indicizzazione i dati sensibili e giudiziari.

(Articolo 21) HOME PAGE DEL SITO AZIENDALE

La home page rappresenta il punto principale di accesso al sito e raccoglie notizie, informazioni e titoli provenienti da tutte le sezioni.

Gli argomenti danno accesso alle pagine contenenti le informazioni vere e proprie, che possono anche essere condivise tra più sezioni.

Nella home page sono inseriti i seguenti contenuti essenziali, sviluppati all'interno del sito:

1. le informazioni sulle prestazioni ed i servizi erogati;
2. le comunicazioni di natura "giornalistica", quali le iniziative istituzionali, le campagne di comunicazione, gli eventi e le notizie meritevoli di particolare evidenza;
3. le informazioni sulle strutture, sulla loro organizzazione e sui compiti/funzioni istituzionali dell'Azienda;
4. l'erogazione di servizi immediatamente fruibili (modulistica in linea, ecc.);
5. la pubblicità legale;
6. la pubblicità dell'attività amministrativa svolta, con possibilità di reperire specifica documentazione.

L'Azienda rende accessibile la propria attività amministrativa alla cittadinanza, garantendo la consultazione di tutto ciò che rientra nei parametri della "trasparenza" e/o è previsto dalla norme di Legge; inoltre, nel rispetto delle normative, assicura la possibilità di stampare quanto pubblicato sul sito.

(Articolo 22)

L'UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE

L'utente pubblicatore ha il compito di inserire ed aggiornare direttamente i contenuti delle pagine web.

L'utente pubblicatore è responsabile, sia dei contenuti pubblicati da lui o da suo delegato, sia del mancato aggiornamento o della non pubblicazione.

Gli utenti pubblicatori, accedono alla gestione della parte di loro competenza tramite una procedura dedicata, di facile utilizzo, predisposta e concordata con il Sistema Informatico aziendale (S.I.A.).

(Articolo 23)

LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON LINE DEI DATI NELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

Le Strutture competenti alla produzione dei dati dovranno trasmettere gli stessi -se prive dell'utente pubblicatore- al S.I.A o all'ufficio del RPCT, in formato digitale, tramite posta elettronica interna, entro i tempi di attuazione stabiliti.

Con le modalità previste dall'art. 19 "I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE" del presente Piano.

I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale come disposto nel D.lgs. 33/2013 nella apposita sezione, in evidenza nella parte in basso, denominata "Amministrazione Trasparente".

Tale procedura prevede che i pubblicatori, una volta autorizzati, saranno registrati e quindi rintracciabili. Alla perdita dei requisiti sarà revocato l'accesso ed individuato un nuovo utente pubblicatore, anche in via temporanea.

Ogni utente pubblicatore è obbligato, con riguardo alla propria area di competenza, a:

- non diffamare od altrimenti violare diritti altrui tutelati dalla legge;
- non pubblicare, inviare, caricare, distribuire o diffondere qualsiasi argomento, nome, materiale od informazione inappropriata, blasfema, calunniosa, trasgressiva, oscena, indecente od illegale;
- non caricare file o software protetto dalla normativa sulla proprietà intellettuale a meno che non si sia direttamente titolari di tali diritti o si abbiano ricevute le necessarie autorizzazioni;
- non caricare file o programmi che possa ledere i sistemi informatici.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza di Asl5 ai sensi del D.Lgs n.33/2013 si basa, ancor più a seguito delle modifiche del D.Lgs.n.33/2013, sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete:

- a) l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni (Dirigenti degli uffici);
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni (S.I.A.).

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo, assicurando, ai sensi dell'art.43, c.1 D.Lgs. n.33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'ufficio competente a pubblicare i dati trasmessi dai singoli uffici nella sezione "Amministrazione trasparente" è individuato nella Struttura Complessa Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.) che si avvale della società informatica "Liguria Digitale" che gestisce la manutenzione del Portale Aziendale.

(Articolo 24) OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB

La trasparenza è una regola generale che coinvolge ogni determinazione pubblica e rappresenta il principio costituzionale di buon andamento e imparzialità, codificato nell'articolo 97 della Carta Costituzionale.

Ne consegue che in ambito sanitario le finalità di pubblico interesse devono sempre consentire di comprendere i percorsi decisionali del management garantendo, allo stesso tempo, l'informazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo assistenziale.

Trasparenza e partecipazione sono i pilastri basilari delle regole di condotta delle aziende, consentendo alla parte privata - il cittadino utente - di comprendere appieno le decisioni adottate, confermando la tendenziale coincidenza tra gli obiettivi perseguiti e l'utilizzo del potere conferito all'organo di gestione ed ai responsabili dell'erogazione del servizio.

Tutti i servizi dell'Azienda devono uniformarsi alle norme ed ai deliberati, per garantire i diritti di "cittadinanza digitale".

Il D.Lgs 33/2013 prevede, infatti, al comma terzo dell'art 43, in capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione la responsabilità del tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare al fine del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

(Articolo 25)

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di “dematerializzazione” della burocrazia.

L'Azienda in ottemperanza con quanto prescritto dalla normativa ed al fine di aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti.

L'Azienda si è attivata affinché tutte le strutture dotate di un indirizzo PEC adottino al loro interno una procedura formale per la gestione della casella di posta elettronica certificata con la designazione del referente alla ricezione.

(Articolo 26)

STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO DI ADOZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO-MONITORAGGI

Con il RPCT collaborano funzionalmente tutti i dirigenti sanitari, amministrativi e tecnici.

Anche la Direzione generale ha un ruolo fondamentale in quanto individua gli obiettivi strategici e indirizza le attività.

L'OIV in qualità di responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti, esercita un'attività di impulso nell'elaborazione del piano e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza

Un ruolo fondamentale nell'individuazione dei contenuti del Programma, nella definizione delle modalità e dei tempi di attuazione degli obblighi nonché delle ulteriori iniziative da promuovere è quello svolto dalle Strutture dell'Azienda.

I Direttori delle Strutture Complesse possono individuare un soggetto della propria struttura a cui affidare i compiti in materia di trasparenza (che svolgerà anche i compiti in materia di prevenzione della corruzione) che viene nominato “referente per la trasparenza e l'anticorruzione ” e tiene i rapporti e collabora con il RPCT. In mancanza di individuazione di tale soggetto, il referente è il Direttore stesso.

Il RPCT svolge un'attività di controllo sulla pubblicazione dei dati che ha carattere continuo ma viene formalizzata con relazioni a cadenza semestrale sullo stato di

attuazione del programma, pubblicate sul sito aziendale dell'Amministrazione trasparente nella sezione "Anticorruzione - Piano triennale di riferimento - relazione del responsabile". Le relazioni vengono inviate semestralmente a tutte le strutture evidenziando le parti carenti e invitando i responsabili, ciascuno per propria competenza, a integrare i dati mancanti o incompleti. Tali relazioni saranno inoltre rese disponibili ai componenti dell'OIV i quali attraverso la loro attività di verifica predispongono annualmente l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza sulla base di apposita delibera ANAC annuale e specifica griglia di obblighi da verificare.

Il Responsabile/referente di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati ai soggetti individuati per la pubblicazione.

L'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 pone altresì in capo al RPCT una serie di funzioni:

- vigilare sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione assicurando la completezza, la chiarezza, e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico(per gli atti di obbligatoria pubblicazione);
 - segnalare all'ufficio di disciplina i casi di inadempimento o anche parziale degli obblighi di pubblicazione;
- inviare comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative.

(Articolo 27) COINVOLGIMENTO STAKEHOLDERS

L'Azienda si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli *stakeholder*, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Azienda intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- indiretta, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica o presentate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per le notizie apprese tramite i media locali;
- diretta, attraverso la sezione:

<http://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/Relazioniconilpubblico/Pubblicatutela.asp>
[X](#)

del sito istituzionale, attraverso i feedback ricevuti dai cittadini e mettendo a disposizione una mail dedicata : trasparenza@asl5.liguria.it per raccogliere suggerimenti e proposte per apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni .

A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso (da inviare anche a Direzione aziendale, responsabili delle strutture interne , OO.SS) al fine di raccogliere suggerimenti e proposte .

Sulla base delle proposte pervenute da tutti i soggetti interni ed esterni , il RPCT elabora la bozza di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione .

(Articolo 28) DIRITTO DI ACCESSO

Con delibera n. 1016 del 24.12.2018 l'Azienda ha adottato "Regolamento unico in materia di accesso civico semplice , civico generalizzato e documentale- Approvazione", aggiornato con delibera n.958 del 10.12.2021.

Il regolamento è stato pubblicato nella sezione trasparenza del sito aziendale il registro degli accessi.

Il Regolamento disciplina i criteri e le modalità per l'esercizio di tutte le forme normativamente previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall'Autorità, dall'*accesso civico obbligatorio*, da parte di chiunque ne abbia interesse (ai sensi dell'art.5,co.1,D.Lgs.n.33/2013) a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all'*accesso generalizzato*, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell'art.5,c.2 dello stesso decreto trasparenza, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione nonché al diritto di accesso ai documenti amministrativi formati o detenuti dall'Autorità ai sensi della legge 7 agosto 1990, n.241.

Per ognuna delle fattispecie esaminate dal regolamento, vengono definiti:

- I criteri di formulazione dell'istanza di accesso (rendendo altresì disponibili moduli *standard* per la presentazione della richiesta);
- Eventuali limiti relativi alla legittimazione soggettiva del richiedente (presenti, come noto, solo per l'accesso ex l.241/1990, per il quale va accertato l'interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento che l'istante chiede di acquisire);
- Le modalità di svolgimento del procedimento;
- Gli strumenti a disposizione nei casi di inerzia, mancata risposta o diniego.
- Il destinatario dell'istanza ovvero il responsabile del procedimento che è:

- In caso di **accesso civico** il RPCT
- In caso di **accesso generalizzato**, i singoli uffici competenti per materia.
- In caso di **accesso documentale** sulla base della Legge n.241/1990, l'ufficio competente per materia oggetto dell'accesso.

In tutti i casi di accesso la S.C. Affari Generali e Legali svolge funzione di coordinamento, registrazione e di controllo di uniformità delle procedure delle richieste d'accesso e delle relative risposte attraverso la gestione e la pubblicazione del registro degli accessi, ma non si sostituisce ai singoli uffici competenti per materia.

(Articolo 29) SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico che deve essere stabilmente garantita, sia da parte del RPCT, che dei soggetti interni all'amministrazione che da parte dell'OIV.

L'OIV svolge importanti compiti di verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Ai sensi dell'art.14 del D.Lgs. 150/2009 ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità e alla corretta applicazione delle linee guida. Ogni anno svolgono verifiche mirate sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione sulla base delle indicazioni fornite con delibera ANAC e utilizzando specifici modelli di rilevazione e attestazione.

Il Responsabile della Trasparenza effettua il monitoraggio interno delle attività del programma triennale della trasparenza assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e segnalando all'organo d'indirizzo politico, all'OIV e all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

A tal fine provvede a:

- Monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui riscontri inadempienze significative rispetto alla completezza, chiarezza, aggiornamento delle informazioni pubblicate, il responsabile solleciterà il referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato. In caso di mancato riscontro provvederà a darne segnalazione alla Direzione generale, all'OIV e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari;

- Predisporre una relazione con cadenza semestrale sullo stato di attuazione del programma che sarà pubblicata sul sito aziendale;
- Supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza;
- Predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio effettuate.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del programma attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario.

12 Dicembre 2026