



A.Li.Sa.
Azienda Ligure Sanitaria
della Regione Liguria

RAPPORTO PRELIMINARE SULL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LIGURIA



INDICE

INTRODUZIONE (a cura di Sonia Viale)	Le ragioni e gli obiettivi dell'iniziativa	3
I PROTAGONISTI DELL'INIZIATIVA	Le Aziende partecipanti	5
	I componenti del Gruppo di Lavoro	6
PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO (a cura di Walter Locatelli)	Analisi del contesto sociosanitario ligure (dal Libro Bianco)	7
LE ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO (a cura di Roberta Zanetti)	Metodologia e impostazione del lavoro svolto	9
SCHEDE DI APPROFONDIMENTO PER LE AREE DI MAGGIORE CRITICITA'	Le aree di rischio analizzate	11
Metodologie per la mappatura dei processi	a cura di Davide Dulbecco e Gianluigi Piatti	12
Farmaceutica, Dispositivi e altre tecnologie	a cura di Anna Maria Barbiso e Morena Scurani	16
Attività, accordi e contratti con Strutture private accreditate	a cura di Cristina Cenderello	21
Attività libero-professionale	a cura di Geronima Caffarena	24
Rotazione degli incarichi	a cura di Geronima Caffarena	30
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	a cura di Barbara Graverini	34
Gestione dei contratti pubblici:	a cura di Luigi Tomei e Riccardo Zanella	38
Conflitto di interessi in ambito sanitario	a cura di Claudia Storace e Alfonso Di Donato	50
Sperimentazioni cliniche	a cura di Claudia Storace e Alfonso Di Donato	57
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	a cura di Francesco De Nicola	63
Incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi	a cura di Claudio Berri	66
Analisi comparativa tra la L. 231 e la L. 190	a cura di Sabrina Nattero	70

PROPOSTA DI MODULISTICA STANDARD

PER LE AZIENDE SANITARIE LIGURI	a cura del Gruppo di Lavoro	78
RIFLESSIONI SU FIGURA E RUOLO DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA	a cura del Gruppo di Lavoro	80
PROPOSTA DI PROGRAMMA DI FORMAZIONE REGIONALE	a cura del Gruppo di Lavoro	86
PROPOSTE CONCLUSIVE E RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO DI LAVORO	a cura del Gruppo di Lavoro	90
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	a cura di Sonia Viale	91
APPENDICE	Allegati	93

INTRODUZIONE

Le ragioni e gli obiettivi dell'iniziativa

Il settore della salute, per le ingenti risorse pubbliche che coinvolge, è inevitabilmente tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione: è un dato di fatto.

Così come è indiscutibile la necessità che tutto ciò che ruota intorno al nostro Sistema sociosanitario sia sottoposto a verifiche e controlli oltre che alla massima trasparenza, che deve fare parte dell'agire quotidiano di tutti coloro che operano in Sanità, indistintamente.

Nel quadro degli obiettivi strategici inseriti nel nostro Libro Bianco questo Assessorato ha deciso di avviare un percorso di promozione dell'etica pubblica e di sostegno alle iniziative di trasparenza che promuovono l'integrità del nostro Sistema sociosanitario regionale.

Questo Assessorato, infatti, intende mantenere costantemente alto il livello di attenzione e di coinvolgimento di tutti gli Operatori del nostro Sistema sociosanitario su questo tema dominante e considera la recente normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza un'imperdibile opportunità per affrontare il tema dell'illegalità con un approccio positivo, proattivo e concreto, lontano da una visione meramente burocratica e dal semplice rispetto formale delle procedure.

E' sulla base di queste finalità che, anche in seguito ai recenti documenti che l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha emanato nell'ultimo periodo, anziché intervenire sulle nostre Aziende sanitarie con una formale (sterile) raccomandazione per la "scrupolosa osservanza delle norme", abbiamo invece fatto la scelta di intervenire direttamente - di persona - insieme con A. Li. Sa. e con le nostre Aziende sanitarie per assicurare non solo il rispetto sostanziale delle norme, ma per rendere la loro applicazione coerente e uniforme in tutta la nostra regione. E ciò nel pieno rispetto dell'autonomia dei singoli piani anticorruzione e trasparenza aziendali e di A. Li. Sa.

Con l'obiettivo di tracciare un primo quadro nella nostra Regione, di identificare le buone pratiche già esistenti di sostegno all'integrità del nostro SSR e diffondere gli strumenti aziendali appropriati per prevenire gli illeciti, in cooperazione con A. Li. Sa. Liguria, è stato avviato un percorso di coinvolgimento di tutti i Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza di tutte le Aziende sanitarie della nostra Regione (pubbliche e private accreditate) che ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro dedicato, composto appunto da tutti i Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza con le seguenti finalità:

- ✓ tracciare un quadro dell'impatto applicativo delle opportunità offerte dalla normativa per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza nelle Aziende sanitarie della Regione Liguria;
- ✓ confrontare le soluzioni organizzative e metodologiche adottate per garantirne l'applicazione sostanziale, omogenea e coerente;
- ✓ condividere e scambiare le esperienze aziendali sulle opportunità e sulle criticità incontrate in fase di applicazione e sulle soluzioni adottate;
- ✓ contribuire a valorizzare e a facilitare il ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

Il Gruppo di Lavoro ha operato con l'obiettivo di predisporre un Rapporto preliminare sull'applicazione della normativa anticorruzione nella nostra Regione e sulla base delle risultanze di tale Rapporto questo Assessorato confermerà le linee di indirizzo e di coordinamento appropriate, incluso il sistema dei controlli,

necessarie per rendere efficaci le misure di prevenzione della corruzione e per garantire la trasparenza nelle Aziende sanitarie della nostra Regione.

Questo Assessorato intende infatti esercitare efficacemente la propria funzione di indirizzo, coordinamento e controllo nella condivisione e nell'applicazione concreta di strumenti finalizzati alla prevenzione di illeciti e ad assicurare la massima trasparenza sul funzionamento e sulle attività delle Aziende sanitarie del Sistema Sociosanitario ligure.

Finalizzeremo questo compito con delle Linee Guida che saranno però costruite dal basso e non calate dall'alto; saranno fondate sul confronto diretto con i Responsabili Prevenzione Corruzione, che sono coloro che tutti i giorni devono concretizzare le norme in risultati di efficacia e di efficienza e che ci aiuteranno, per esempio, a rendere realmente efficaci le misure sui controlli, ci aiuteranno ad imparare dagli errori e a rendere ancora più trasparenti le attività nelle aree di maggiore rischio.

Una problematica così complessa richiede un nuovo approccio "culturale", ha bisogno di operatori preparati ed è proprio in base a questa considerazione che abbiamo chiesto al Gruppo di Lavoro stesso di strutturare e proporre un programma e un percorso per la formazione e l'aggiornamento sia degli stessi Responsabili Prevenzione Corruzione, che degli Operatori delle aree a maggior rischio, ma anche di tutti i dipendenti del Sistema sociosanitario regionale.

I contenuti presentati in questo Rapporto sono il risultato del loro lavoro di confronto, di dibattito e di condivisione, ma anche della loro concretezza operativa e costruttiva quotidiana.

Il programma dell'iniziativa prevede che i risultati del Rapporto preliminare, prima della sua stesura definitiva, vengano messi a disposizione di tutte le Aziende sanitarie liguri e di tutti gli Enti e gli organismi istituzionali interessati che con le loro osservazioni, commenti e suggerimenti possono contribuire a renderlo migliore e una volta raccolte le osservazioni verrà discusso e commentato in un incontro dedicato.

Un sincero ringraziamento a tutti i membri del Gruppo di Lavoro, alle loro Direzioni che hanno sostenuto il loro impegno e a tutti i Colleghi che hanno fornito il loro contributo collaborando al raggiungimento dell'obiettivo di fondo di questa iniziativa: condividere l'esigenza comune di contrastare fenomeni insidiosi e rafforzare la fiducia nel Sistema sanitario pubblico.

Sonia Viale
Vice Presidente Regione Liguria
Assessore regionale alla salute

LE AZIENDE PARTECIPANTI



**IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria
San Martino – IST
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro**



Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione



**OSPEDALE
EVANGELICO
INTERNAZIONALE**



ISTITUTO GIANNINA GASLINI
ISTITUTO PEDIATRICO DI RICOVERO
E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO



I COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO



Sonia Viale
Vice Presidente-Assessore alla Sanità
Regione Liguria



Roberta Zanetti
A. Li. Sa. Liguria



Davide Dulbecco - Responsabile
Prevenzione Corruzione ASL 1
Imperiese



Anna Maria Barbiso - Responsabile
Prevenzione Corruzione e
Trasparenza ASL 2 Savonese



Cristina Cenderello
Responsabile Prevenzione
Corruzione e Trasparenza ASL 3
Genovese



Barbara Graverini - Responsabile
Prevenzione Corruzione e
Trasparenza ASL 5 Spezzino



Riccardo Zanella - Responsabile
Prevenzione Corruzione
A.Li.Sa. Liguria
Liguria



Claudia Storace - Responsabile
Prevenzione Corruzione IRCSS
S. Martino-IST, Genova



Francesco De Nicola
Responsabile Prevenzione
Corruzione e Trasparenza
E.O. Osp. Galliera, Genova



G. Walter Locatelli
Commissario Straordinario
A. Li. Sa. Liguria



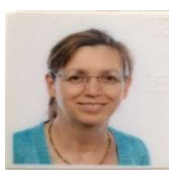
Claudio Castagneto
A. Li. Sa. Liguria



Gianluigi Piatti - Responsabile
Trasparenza ASL 1 Imperiese



Morena Scurani - Ufficio
Prevenzione Corruzione
e Trasparenza ASL 2 Savonese



Geronima Caffarena
Responsabile Prevenzione
Corruzione e Trasparenza ASL 4
Chiavarese - Coordinatrice del
Gruppo di Lavoro



Carlo Berri - Responsabile
Prevenzione Corruzione
Istituto G. Gaslini, Genova



Luigi Tomei - Responsabile
Trasparenza A.Li.Sa. Liguria



Alfonso Di Donato
Responsabile Trasparenza
IRCSS S. Martino-IST, Genova



Sabrina Nattero – Direttore S.C.
Personale Ospedale Evangelico
Internazionale, Genova

Presentazione del Rapporto

Questo Rapporto è stato predisposto da un Gruppo di Lavoro costituito dai Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza delle Aziende Sociosanitarie, IRCCS ed Enti Ospedalieri della Regione Liguria e di A. Li. Sa.

L'ambito applicativo preso in considerazione è stato infatti quello della Regione Liguria, con le sue caratteristiche e peculiarità strutturali, organizzative e normative, in cui ciascuna Azienda sanitaria ha, come necessario, emanato il proprio Piano triennale sia per la prevenzione della corruzione che per la trasparenza.

L'Assessorato alla salute, in collaborazione con A. Li. Sa., ha ritenuto indispensabile e necessario mantenere alto il livello di attenzione e di coinvolgimento di tutti gli Operatori delle Aziende sanitarie su questo tema ed ha promosso la costituzione di un Gruppo di Lavoro composto da 15 Colleghi Responsabili Designati (sia anticorruzione che trasparenza), tutti coinvolti in prima persona nell'applicazione della normativa, con l'obiettivo di "raccolgere direttamente dal campo" le esperienze, le criticità ma anche le opportunità emerse in fase applicativa.

L'esigenza espressa dall'Assessorato e da A. Li. Sa. di un coordinamento sia strategico che operativo con le diverse Aziende sanitarie della nostra regione sul tema fondamentale dell'applicazione della normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza è stata subito condivisa e accolta con favore sia dalle Direzioni strategiche delle Aziende sanitarie che da tutti i rispettivi Responsabili designati, chiamati a svolgere quotidianamente un ruolo essenziale per il sistema pubblico in contesti a volte complessi, differenziati ed articolati.

La normativa prevede, infatti, meccanismi di attuazione necessari ma abbastanza complessi, che richiedono a tutti gli operatori sia un impegno intenso e costante, sia di saper utilizzare i risultati emersi dall'esperienza della sua applicazione nella pratica quotidiana.

L'obiettivo di questo Rapporto preliminare è focalizzato non tanto sull'interpretazione, quanto sull'applicazione pratica, gli effetti, le difficoltà ma anche le opportunità che si stanno manifestando e che si manifesteranno anche a distanza di tempo in fase di applicazione sempre più concreta della normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nelle strutture sanitarie regionali.

Il lavoro di confronto e di condivisione delle esperienze ha rappresentato per i Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza sia un'occasione di riflessione sui propri singoli Piani Triennali adottati, sia un'opportunità per condividere indicazioni metodologiche e strumenti operativi più specifici che meglio possano orientare nell'analisi dei processi e nella revisione dei sistemi di gestione, controllo e monitoraggio interni.

L'impostazione metodologica condivisa prevede l'invio della versione preliminare del Rapporto, prima della sua stesura definitiva, a tutte le Aziende sanitarie Liguri e agli altri Enti ed organismi istituzionali interessati, con l'obiettivo di raccogliere osservazioni, commenti e contributi per il suo miglioramento.

Una volta integrato dei suggerimenti ricevuti, il Rapporto rappresenterà anche il documento di base sul quale l'Assessorato confermerà le proprie disposizioni applicative e le proprie Linee Guida per il rispetto della normativa e a tutela dell'integrità del sistema Socio Sanitario Ligure.

L'iniziativa ha offerto anche l'opportunità di proporre e condividere un percorso comune di formazione, di aggiornamento, di approfondimento e di analisi per assicurare l'applicazione omogenea e coerente a livello regionale di una normativa di portata fondamentale per il settore socio-sanitario.

Walter Locatelli
Commissario straordinario
A. Li. Sa. Liguria

Metodologia e impostazione del lavoro svolto

Il Gruppo di Lavoro, la cui composizione è riportata a pag. 6, è stato coordinato dalla *Dr.ssa Geronima Caffarena*, Responsabile Prevenzione Corruzione di “ASL 4 Chiavarese” ed ha preso avvio nel mese di maggio 2016, dopo un incontro promosso dall’Assessorato alla Sanità della nostra Regione, con tutte le Direzioni Generali ed i Responsabili prevenzione Corruzione e Trasparenza di tutte le Aziende Sanitarie, IRCCS ed Enti Ospedalieri della Liguria.

Nell’incontro sono state condivise le opportunità legate sia alla creazione di un coordinamento tra tutti i Responsabili designati dalle varie Aziende, che alla necessità di linee di comportamento e di applicazione delle norme per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza coerenti ed omogenee nell’ambito del territorio regionale.

Il Gruppo di Lavoro, infatti, ha operato confrontandosi, condividendo esperienze, problematiche riscontrate e soluzioni avendo come impostazione di fondo quella di ricercare e assicurare l’applicazione della normativa con una modalità unitaria e condivisa a livello regionale, pur salvaguardando le specificità e peculiarità che distinguono le diverse tipologie di Aziende (peculiarità emerse naturalmente anche in questo Rapporto preliminare).

Le attività sono state sviluppate tra maggio e novembre 2016, sia a livello individuale, che in riunioni tra i componenti del Gruppo di lavoro, alcune plenarie ed altre in sottogruppi focalizzati su tematiche scelte e condivise.

Per la stesura dei contenuti del presente Rapporto, si è ritenuto opportuno partire da una sintetica descrizione e da richiami ai contenuti della normativa vigente. Si è proseguito tracciando un quadro dell’impatto applicativo in ambito sanitario, prendendo in esame le differenti soluzioni organizzative e metodologiche adottate.

Sono state evidenziate, infine, le questioni aperte ed i temi che, a giudizio del Gruppo di Lavoro, richiedono un ulteriore approfondimento ai fini di un’applicazione oggettiva, sostanziale ed omogenea.

Sulla base di queste considerazioni la metodologia di lavoro e la strutturazione adottata per la predisposizione del Report è stata la seguente:

1. Selezione da parte del Gruppo di Lavoro delle aree più “sensibili”, considerate a maggiore rischio;
2. Approfondimento, secondo un format a “scheda” di ciascuna area selezionata, che ricomprendono:
 - ✓ Cosa prevede la normativa (brevi richiami);
 - ✓ Le principali criticità riscontrate in fase applicativa;
 - ✓ Confronto tra le diverse soluzioni adottate dalle varie Aziende sanitarie;
 - ✓ Proposta di applicazione uniforme a livello regionale;
 - ✓ Questioni aperte;
 - ✓ Opportunità emerse dall’applicazione della norma;
 - ✓ Suggerimenti, proposte e raccomandazioni del Gruppo di Lavoro;
 - ✓ Riflessioni su figura e ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione;
 - ✓ Proposta/programma di piano formativo e di aggiornamento strutturato per 3 componenti:
 - Il responsabile prevenzione corruzione;

- Gli operatori delle aree a maggiore rischio;
- I dipendenti del Sistema sociosanitario regionale.

Il Gruppo di Lavoro si è anche confrontato sulle differenti modulistiche adottate dalle varie Aziende, utili, tuttavia, allo stesso adempimento normativo; da qui la proposta di una modulistica omogenea e semplificata per tutte le Aziende del SSR, che viene riportata dettagliatamente nell'appendice "A" del presente Rapporto.

Roberta Zanetti

A. Li. Sa. Liguria

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

PER LE

AREE DI MAGGIORE CRITICITA'

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO METODOLOGIE PER LA MAPPATURA DEI PROCESSI

(a cura Dr. Davide Dulbecco e Dr. Gianluigi Piatti)



NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Nell'ambito delle molteplici fonti normative e linee di indirizzo che hanno portato le Pubbliche Amministrazioni e quindi le ASL/AO liguri all'adozione dei rispettivi Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione è doveroso richiamare – con specifico riferimento alla tematica della mappatura dei processi – le seguenti fonti.

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs N. 97 del 25/5/2016
- Le linee di indirizzo emanate con D.P.C.M. 16.1.2013 ed elaborate dal Comitato interministeriale di cui all'art. 1 comma 4 della Legge 190/2012;
- PNA, approvato da CiVIT (ora ANAC) in data 11.9.2013 con deliberazione n. 72;
- Determina n. 12 del 28.10.2015 ANAC, Aggiornamento al PNA

In tale ottica, le predette linee d'indirizzo di cui al DPCM 16.1.2013 erano focalizzate sulla necessità di fissare contenuti minimi dei PTPC, con "l'obiettivo ineludibile dell'individuazione preventiva delle *aree di attività amministrativa* maggiormente esposte al rischio della corruzione (c.d. mappatura del rischio)", specificando che il futuro PNA avrebbe dovuto contenere linee guida al fine di "indurre le pubbliche amministrazioni ad articolare il proprio Piano Triennale almeno intorno ad alcuni contenuti essenziali", a partire da quelli predeterminati dalla Legge n. 190/2012, ovvero i procedimenti (elencati dall'art. 1 comma 16) di (a) autorizzazione o concessione; (b) scelta del contraente nell'affidamento di lavori, forniture e servizi; (c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari; (d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale".

Rispetto a tali indirizzi, tuttavia, il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con determinazione n. 72 del 11.9.2013 aveva già apportato elementi decisamente aggiuntivi, che spostavano l'attenzione delle Amministrazioni su modelli di gestione del rischio tipici dei sistemi di risk management, passando da un concetto di procedimento ad uno ben più ampio di **attività o processo**.

Per cui, in relazione ai contenuti afferenti alla **Gestione del rischio**, si richiedeva alle Amministrazioni di procedere alla:

- indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato (comma 5 lett. a) il rischio di corruzione, "aree di rischio";
- trattare le aree di rischio obbligatorie per tutte le amministrazioni (che erano indicate nell'Allegato 2 del PNA);
- individuare ulteriori aree di rischio in base alle proprie specificità;
- indicare la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio (la metodologia suggerita era contenuta nell'Allegato 1, par. B.1.2 al PNA).

L'Allegato 1 al PNA forniva quindi una definizione di PTPC, che mantiene ad oggi sicuramente la propria valenza (alla luce di quanto si dirà in ordine all'Aggiornamento al PNA).

Il PTPC veniva quindi definito *“lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e **descrive un “processo”- articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente – che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di “possibile esposizione” al fenomeno corruttivo. Ciò deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.***

*Attraverso la predisposizione del P.T.P.C., in sostanza, l'amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. **Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.***

Il P.T.P.C. quindi è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi”.

Come detto, le Aree di rischio c.d. OBBLIGATORIE, e relative sotto-aree, furono individuate nell'Allegato 2 del PNA; l'All. 3 del PNA riportava invece una esemplificazione di rischi rispetto alle Aree individuate a rischio.

LE PRINCIPALI CRITICITÀ APPLICATIVE RISCONTRATE

Con l'Aggiornamento al PNA approvato con Determina ANAC n. 12/2015, sulla base di una articolata disamina del PTPC di Area sanitaria effettuata da un apposito Gruppo di Lavoro, sono emerse rilevanti criticità in relazione alla mappatura dei processi.

Uno dei principali aspetti sollevati riguarda la qualità e concretezza delle FASI che caratterizzano ciascun processo; tali fasi sono poi state ben rappresentate da ANAC in relazione alle Aree generali di rischio; la relativa metodologia è stata riproposta per le Aree speciali di rischio individuate per il Comparto Sanità.

Con il presente contributo, conseguentemente, si è cercato di analizzare i vari PTPC delle Aziende Sanitarie Liguri proprio con riguardo alle criticità prospettate dall'Aggiornamento ANAC.

Ne è emerso, come peraltro rappresentato pressoché da tutti i RPC nei vari piani triennali, la necessità di ampliare la mappatura a tutte le aree a rischio, aggiornate dalla Determina ANAC, ed anche di migliorare – rispetto ai singoli processi – i seguenti aspetti:

- 1) individuazione analitica delle FASI dei vari processi;
- 2) rappresentazione corretta dei rischi, basandosi su di una attenta analisi dei contesti esterno ed interno;
- 3) rappresentazione delle misure attuabili, non solo quelle obbligatorie, ma soprattutto quelle ulteriori da calibrarsi sulla singola realtà organizzativa;
- 4) scelta ponderata delle misure su cui concentrare i propri sforzi organizzativi;
- 5) definire tempistiche certe di messa in opera;
- 6) fissare oggettive forme di monitoraggio degli obiettivi prefissati.

ANAC concentrerà proprio sulle fasi 5) e 6) le proprie attività di controllo e verifica dei PTPC aziendali. Si veda al riguardo quanto chiaramente espresso nella **Det. 12/2015, pag. 51-52.**

Infine l'ANAC ha fissato nel 2016 il termine per procedere alla mappatura dei MACRO PROCESSI svolti e delle relative aree di rischio, “generalì” e “specifiche”, cui sono riconducibili. Motivatamente, in caso di particolari difficoltà organizzativa, la mappatura dei processi potrà essere conclusa al massimo entro il 2017 (pag. 19 Aggiornamento ANAC al PNA, Det. 12/2015).

Sotto tali aspetti, tutti i PTPC aziendali vanno chiaramente migliorati, implementati ed integrati, con un forte sforzo descrittivo da parte delle varie realtà organizzative.

Va detto tuttavia che tale metodologia di lavoro garantirà sicuramente un miglioramento organizzativo, che tra l'altro è passaggio prodromico al conseguimento di eventuali riconoscimenti di certificazioni di qualità.

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

Dal confronto dei vari PTPC, come detto, è emersa la necessità di una importante azione di specificazione, ampliamento e miglioramento descrittivo non solo dei processi e delle loro fasi, ma soprattutto in ordine alle Misure attuabili e alla individuazione delle Misure su cui concentrare i propri sforzi organizzativi, giustificando la scelta sulla base di criteri economici, rapportando quindi costi e benefici rispetto al “valore” del risultato finale atteso.

Più sarà strategico l'obiettivo prefissato, maggiori saranno gli sforzi che l'organizzazione potrà accettare di affrontare per realizzare le Misure individuate.

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Come detto lo sforzo organizzativo finalizzato a descrivere con la massima analiticità possibile i processi aziendali, i relativi rischi ecc. nel rispetto della metodologia proposta da ANAC costituisce un sacrificio importante di risorse, sacrificio che in realtà si traduce in un aggravio di adempimenti da realizzarsi “a costo zero” (stante la prevista e più volte proclamata invarianza di spesa).

Ne deriva che errare sul metodo di lavoro può significare intraprendere un “vicolo cieco” o una “strada senza ritorno” con spreco di energie organizzative, già ampiamente provate da tutta una serie di ulteriori incombenze (si pensi ad es. al nuovo FOIA, all'attuazione dei percorsi di digitalizzazione della documentazione amministrativa e conservazione sostitutiva) l'attuazione è ormai improcrastinabile (anche perché costituisce verosimilmente uno dei più importanti strumenti di prevenzione dei rischi previsti in materia di anticorruzione).

La proposta, relativamente alla mappatura dei processi, è quindi quella di effettuare una FORMAZIONE MIRATA su di un metodo specifico di lavoro (in grado di dare concreta attuazione a quanto sopra rappresentato), anche attraverso la proposizione – da parte di entità formative qualificate, possibilmente in diretto rapporto con ANAC – di modulistiche esaustive e chiare da potersi utilizzare per ottemperare agli obblighi imposti dall'Aggiornamento al PNA.

ASL1 ha già avviato un percorso formativo in tal senso, tramite docente della Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA), già consulente ANAC.

La modulistica che è stata presentata è di seguito riproposta.

Aspetto fondamentale per l'individuazione delle Azioni/Misure da adottarsi è l'individuazione corretta dei c.d. “FATTORI ABILITANTI” il rischio corruzione; una volta individuati questi fattori abilitanti, occorre rappresentare schematicamente l'analisi della fattibilità delle Misure possibili/ proponibili, aspetto questo che va quindi ad analizzare la realizzabilità, e i tempi, delle Misure.

QUESTIONI APERTE

Una delle principali questioni aperte resta quella della impossibilità di realizzare un sistema così complesso di lavoro (che richiede di presidiare costantemente procedure, dati, strumenti organizzativi, informazioni e documenti aziendali) svolgendo “a tempo perso” i compiti del RPC.

Sarebbe quindi necessario imporre alle varie Pubbliche amministrazioni di realizzare una Struttura formata da personale competente (anche trasversalmente rispetto alle Strutture di appartenenza) che possa dedicare alla prevenzione della corruzione almeno qualche giorno alla settimana, costantemente.

OPPORTUNITÀ

La Strutturazione ed il costante aggiornamento dei processi, delle relative misure programmate e il puntuale monitoraggio in ordine alla effettiva attuazione delle previsioni del PTPC è chiaro che rappresentano una formidabile opportunità di rendere trasparente l'organizzazione aziendale e le attività poste in essere. Ciò anche ai fini dell'eventuale certificazione di qualità che le varie Aziende intendessero eventualmente conseguire.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

(a cura Dott.ssa Anna Maria Barbiso e Morena Scurani)



NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs N. 97 del 25/5/2016

TLSU (R.D. 27 luglio 1934 n. 1265)

Articolo 170

Il medico o il veterinario che ricevano, per sé o per altri, denaro o altra utilità ovvero ne accettino la promessa, allo scopo di agevolare, con prescrizioni mediche o in qualsiasi altro modo, la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto a uso farmaceutico (comparaggio), sono puniti con l'arresto fino a un anno e con l'ammenda da euro 206,58 a euro 516,45 e con sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta.

Articolo 171

Il farmacista che riceva per sé o per altri denaro o altra utilità ovvero ne accetti la promessa, allo scopo di agevolare in qualsiasi modo la diffusione di specialità medicinali o dei prodotti indicati nell'articolo precedente, a danno di altri prodotti o specialità dei quali abbia pure accettata la vendita è punito con l'arresto fino a un anno e con l'ammenda da euro 206,58 a euro 516,45 e con sospensione dall'esercizio della professione per un tempo pari alla durata della pena inflitta. Indipendentemente dall'esercizio dell'azione penale, il Prefetto può ordinare la chiusura della farmacia per un periodo da uno a tre mesi, e in caso di recidiva pronunciare la decadenza dall'esercizio della farmacia.

Articolo 172

Le pene stabilite negli artt. 170 e 171, primo e secondo comma, si applicano anche a carico di chiunque dà o promette al sanitario o al farmacista denaro o altra utilità.

Se il fatto sia commesso dai produttori o dai commercianti delle specialità e dei prodotti indicati nei detti articoli, il Ministro della sanità, indipendentemente dall'esercizio dell'azione penale, può ordinare, con decreto, la chiusura dell'officina di produzione e del locale ove viene esercitato il commercio per un periodo da uno a tre mesi e, in caso di recidiva, ne può disporre la chiusura definitiva.

Il Ministro può, inoltre revocare la registrazione delle specialità medicinali o l'autorizzazione a preparare o importare per la vendita ogni altro prodotto ad uso farmaceutico.

D.lg. 24 aprile 2006 n. 219 (IL CODICE DEL FARMACO)

L'art 123 vieta la concessione o promessa di premi o vantaggi pecuniari o in natura:

1. Nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali svolta presso medici o farmacisti e' vietato concedere, offrire o promettere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico e dal farmacista.

2. Il materiale informativo di consultazione scientifica o di lavoro, non specificamente attinente al medicinale, può essere ceduto a titolo gratuito solo alle strutture sanitarie pubbliche.
3. I medici e i farmacisti non possono sollecitare o accettare alcun incentivo vietato a norma del comma 1.

L'art 147, al comma 5, dispone che chiunque, in violazione dell'articolo 123, comma 1, conceda, offra o prometta premi, vantaggi pecuniari o in natura, e' punito con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda da quattrocento euro a mille euro. Le stesse pene si applicano al medico e al farmacista che, in violazione dell'articolo 123, comma 3, sollecitano o accettano incentivi vietati. La condanna importa la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta. In caso di violazione del comma 2 dell'articolo 123, si applica la sanzione dell'ammenda da quattrocento euro a mille euro.

ISPEZIONI (art. 6 LEGGE REGIONALE 3/1991)

- PREVENTIVE art. 111 TULS, art. 20 RD 1706/1938, art. 9 DPR 1275/1971
- ORDINARIE e STRAORDINARIE art. 127 TIULS, artt. 50, 51 e 52 RD 1706/1938

PREVENTIVE sono preannunciate, ORDINARIE possono essere preannunciate, STRAORDINARIE sempre senza preavviso

Determinazione ANAC n.12/2015

- per il processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti (vedi acquisti centralizzati con gare regionali) degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno (prevalentemente basata sui dati dei consumi) fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

In riferimento a quest'ultima fase:

- la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo **arischio** di comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee specifiche **misure** di prevenzione:

- gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte
- informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione per rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente oltre a consentire la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

- prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero

rischio: abuso dell'autonomia professionale del medico prescrittore per favorire un particolare farmaco o frodare il SSN

misure: reportistica per individuare anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente

rischio: omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'ASL

misure: standardizzazione delle procedure di controllo e verifica, affinamento delle modalità di elaborazione e valutazione dei dati (Sistema tessera sanitaria), invio sistematico risultanze a tutti i livelli organizzativi interessati. Con riferimento al personale addetto alla vigilanza e controllo: previsione di specifiche regole di condotta nei codici di comportamento e misure di rotazione degli operatori.

In attesa dell'individuazione di ulteriori rischi e misure nel Tavolo tecnico ANAC/Ministero Salute/AGENAS, data la complessità dei processi dell'area di rischio si ritiene indispensabile vengano adottate il più ampio numero di misure di prevenzione

In particolare, in coerenza con il Codice di Comportamento, le misure atte a rendere riconoscibili, attraverso apposite dichiarazioni annuali, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa (disponibile sul sito Agenas modulistica standard con supporto informatico)

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE RISCONTRATE

Rotazione del personale (vedi PNA 2016 in consultazione) criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni in particolare di quelle apicali e difficoltà legate al blocco assunzioni e turnover.

Tracciabilità del farmaco legata in particolare alla completa ed efficiente informatizzazione che impegna tutto il personale coinvolto nella gestione del farmaco nelle diverse fasi. Difficoltà in ambito ospedaliero dove risulta difficile, se non per alcuni farmaci specifici, una diretta correlazione tra farmaco/paziente

Definizione del fabbisogno in genere correlata all'analisi dei consumi deve garantire la corretta e completa assistenza farmaceutica ai pazienti e contenere le scorte di medicinali anche ottimizzando gli ordini.

Informatizzazione: risorsa e misura di prevenzione indispensabile in particolare sia per la completa tracciabilità del farmaco sia per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, ma criticità nel momento in cui risulta obsoleta e non funzionale o non compatibile sia nei prodotti di hardware che di software

Sistema di analisi e valutazione del rischio

Mappatura dei processi secondo quanto previsto dall'Aggiornamento 2015 al PNA: per il 2016 consentita una mappatura di tutti i macroprocessi e delle relative aree di rischio, dal 2017 individuare e rappresentare tutte le attività inerenti la specifica area di rischio

Monitoraggio sull'attuazione e valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione difficoltà nella definizione di appositi strumenti/indicatori, in attesa di supporto metodologico da parte dell'ANAC

Dichiarazione pubblica di interessi utilizzo modulistica AGENAS (compilazione informatica) con cadenza annuale.

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

- **ASL 1:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: strutture responsabili, processi, valutazione del rischio e misure preventive attivate.
- **ASL 2:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: processi, rischi specifici, valutazione del rischio, strutture responsabili, misure di prevenzione attivate.
- **ASL 3:** prevista area di rischio relativa alla Farmaceutica convenzionata nel PTPC, indicati: strutture responsabili, procedimenti. Programmata l'estensione della mappatura e della gestione del rischio nel corso del 2016.
- **ASL 4:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: processi, rischi specifici, valutazione del rischio, strutture responsabili, misure di prevenzione attivate.
- **ASL 5:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: processi, rischi specifici, valutazione del rischio, strutture responsabili, misure di prevenzione attivate, tempistica, indicatori e monitoraggio.

- **IRCSS S. Martino IST:** prevista area di rischio nel PTPC, con costituzione di apposito gruppo di lavoro trasversale col compito di inquadrare le condizioni e definire miglioramenti da implementare individuando metodologie di monitoraggio. Obiettivo: fornire al RPC entro fine giugno un documento dello stato dell'arte e delle azioni da intraprendere.
- **E.O. Ospedali Galliera:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: processi, rischi specifici, valutazione del rischio, strutture responsabili, misure di prevenzione attivate, tempistica e monitoraggio.
- **Istituto Gaslini:** prevista area di rischio nel PTPC, indicati: processi, rischi specifici, valutazione del rischio, strutture responsabili, misure di prevenzione attivate e programmate.
- **Ospedale Evangelico:** D.Lgs. 231/2001.

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Premessa la difficoltà particolare dell'area in questione, le Aziende sanitarie liguri hanno preso atto della normativa nazionale anticorruzione e dell'aggiornamento previsto per la stesura del PTPC, individuando l'area di rischio specifica e prevedendo le misure minime di contrasto.

La maggior parte ha evidenziato una prima scrematura nella mappatura dei processi programmando successive analisi ed elaborazioni.

Tra le misure principali indicate prevale quella dell'**informatizzazione** che rappresenta un fattore comune da esaminare e sviluppare in condivisione in merito ai processi di:

- Pianificazione del fabbisogno (garantire assistenza e ottimizzare le scorte)
- Approvvigionamento, gestione magazzini, andamento consumi
- Monitoraggio somministrazione
- Incremento prescrizione su ricetta dematerializzata
- Monitoraggio spesa farmaceutica ed elaborazioni di controllo per anomalie prescrittive (iperprescrizioni – prescrizioni fuori indicazione)
- Farmacovigilanza

Da valutare l'applicazione collegiale del sistema informatizzato di **dichiarazione pubblica di interessi** nella formulazione indicata e fornita da AGENAS che interessa i professionisti di area sanitaria e amministrativa responsabili nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci e dispositivi (e non solo). Oppure di un sistema di misure, così come previsto dal PNA attualmente in consultazione, da definire come gruppo regionale e da implementare possibilmente con un sistema informatico dedicato. Importante anche la definizione di un modello di gestione dei conflitti di interessi.

Raccordo tra strutture aziendali con istituzione di **gruppi di lavoro trasversali** coinvolti ad analizzare i processi e le condizioni attuali di rischio per definire possibili miglioramenti e metodologie di monitoraggio e verifica.

Distribuzione diretta, a seguito di dimissioni ospedaliere o visita specialistica nella struttura pubblica, da parte della Farmacia ospedaliera che consente una riduzione di costi ed un maggior controllo.

Standardizzazione e codificazione dell'attività ispettiva nelle farmacie, parafarmacie e magazzini all'ingrosso di farmaci e/o gas medicinali (verbali e procedure comuni tra AASSLL liguri)

OPPORTUNITA'

Tra le opportunità sono da evidenziare alcuni dispositivi/misure riportati anche tra le criticità. Questo a seconda dell'efficacia/efficienza e dell'applicabilità degli strumenti previsti che in un caso possono

rappresentare una risorsa per il contrasto e la prevenzione di casi corruttivi o al contrario costituire un rallentamento dei controlli ed un appesantimento delle procedure es.

- **informatizzazione**
- **dichiarazione pubblica di interessi AGENAS**

Condivisione e standardizzazione di procedure e sistemi/misure di prevenzione tra le aziende liguri, nel rispetto delle singole specificità, per consentire un maggior grado di accettazione ed implementazione da parte dei soggetti coinvolti nei processi dell'area di rischio ed al fine di ottimizzare le risorse necessarie con possibile riduzione di costi.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO ATTIVITA' ACCORDI E CONTRATTI CON STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

(a cura Dr.ssa Cristina Cenderello)



L'area degli accordi contrattuali e dei contratti con strutture private accreditate incide notevolmente sul budget aziendale, anche per le ricadute in termini economici di una inadeguata gestione della continuità assistenziale, ed è strettamente collegato alla percezione della qualità del servizio sanitario regionale delle fasce di utenza più deboli.

Le attenzioni necessarie in quest'area, sia in termini di prevenzione dei rischi che di trasparenza, devono riguardare sia l'assistenza specialistica diagnostica sia l'assistenza residenziale e semiresidenziale sia le altre forme di assistenza sanitaria acquisite da strutture private accreditate: la fase di definizione del fabbisogno nelle singole aree territoriali di competenza dell'Azienda, la fase di scelta del contraente e di assegnazione del budget di riferimento nell'ambito di ciascuna di esse, la fase di gestione delle liste di attesa per l'accesso alle strutture.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- D.lgs. 502/1992 e s.m.i. portante riordino della disciplina in materia sanitaria, con particolare attenzione agli artt. 8 bis e 8 quinquies;
- DPR 14/01/1997
- La L.R. 30/7/1999 n. 20 "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio sanitari pubblici e privati. Recepimento del DPR 14/1/1997;
- La L.R. 7/12/2006 n. 41 e s.m.i. recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- La L.R. 24/5/2006 n. 12 e s.m.i. recante "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari";
- La DGR 09/04/2009 n.423 avente ad oggetto: "Approvazione requisiti di accreditamento integrativi di quelli vigenti (DD.G.R. n. 1575/2003 e n. 529/2007 e ss.mm. e ii.) e modalità di rinnovo e di presentazione delle istanze per l'accREDITamento istituzionale (D.G.R. n. 395/2002)";
- La L.R. 27/12/2011 n. 36 "Ulteriori disposizioni di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale e in materia di servizi sociali e di cooperazione internazionale";
- La DGR 15/05/2011 n. 862 avente ad oggetto: "Riordino del sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera";
- La DGR 29/12/2011 n. 1749 avente ad oggetto: "Integrazione e parziali modifiche alla DGR 862 del 15/7/2011 sulla residenzialità extra ospedaliera;
- La DGR 28/2/2012 n. 226 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'accordo tra Regione Liguria ed enti gestori di strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere" e successiva DGR 9/3/2012 n. 268 di parziale modifica alla DGR 226/2012;
- La DGR 27/7/2012 n. 941 avente ad oggetto "Integrazione e parziali modifiche alla DGR 15/7/2011 n. 862 e s.m.i. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria;

- La DGR 22/3/2012 n. 193 avente ad oggetto: “ Sentenza del TAR Liguria Sez. II n. 200/2013 di annullamento parziale della DGR 1749/2011 sulla residenzialità extraospedaliera. Adempimenti conseguenti”;
- L’ordinanza del TAR Liguria sez. II n. 260/2013 con la quale ha respinto la domanda di cautelare di sospensione dell’efficacia della citata DGR 193/2012;
- La DGR 20/02/2015 n.146 avente ad oggetto: “DGR 27/7/2012 n. 941 Integrazione e parziali modifiche alla DGR 15/7/2011 n. 862 e s.m.i. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria”;
- La DGR 26/10/2015 n.1174 avente ad oggetto: “Recepimento dell’intesa tra Governo, regioni e province autonome del 19.2.2015 in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie”;
- La DGR 26/2/2016 n. 161 avente ad oggetto: “Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l’anno 2016”.

LE PRINCIPALI CRITICITA’ APPLICATIVE RISCONTRATE

Nell’ambito di quest’area sono stati individuati i rischi connessi alla fase del convenzionamento e dell’esecuzione contrattuale, fasi che rientrano nella competenza della Asl:

- 1) Con riferimento alla fase del convenzionamento, rilasciato dall’azienda sanitaria alle strutture accreditate, sono individuabili tre situazioni di rischio: la prima riguarda una carente o artefatta analisi dei bisogni dell’utenza allo scopo di giustificare la necessità di convenzionare determinate strutture operanti in un certo territorio; la seconda ha a che fare con la discrezionalità nella tempistica della procedura di convenzionamento (potendo la Asl ritardare o accelerare la pratica); la terza nel mancato accertamento della documentazione amministrativa e tecnica (autorizzazione al funzionamento ed accreditamento regionale).
- 2) Con riferimento alla fase di esecuzione del contratto il rischio di corruzione si può manifestare nel mancato controllo (o controllo fittizio) sul rispetto della tipologia, della qualità e della quantità delle prestazioni effettivamente erogate con la conseguenza, tra l’altro, di liquidare alle strutture delle somme superiori a quelle dovute

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

Nel corso del 2016 la Asl 3 Genovese, sotto il coordinamento del proprio RPC, ha creato un gruppo di lavoro, costituito dalle strutture responsabili delle attività connesse alla gestione dei contratti relativi alle aree dei disabili, degli anziani, del consultorio, della salute mentale e prestazioni specialistiche, per analizzare, anche attraverso appositi incontri, i relativi processi/procedimenti ai fini di una corretta mappatura degli stessi e, di seguito, identificare e valutare i rischi di corruzione, per la predisposizione di conseguenti ed appropriate misure di prevenzione, che saranno pubblicate nel prossimo P.T.P.C 2017 – 2019.

Quanto sopra al fine di formalizzare ed uniformare misure di prevenzione della corruzione già presenti nelle diverse aree quali:

- Linee guida/regolamenti di inserimento pazienti;
- Liste di attesa gestite con criteri di trasparenza e appropriatezza;
- Informatizzazione dei processi e procedure, e, per quel che concerne le prestazioni specialistiche, prenotazione attraverso il CUP aziendali;
- Liquidazione fatture sottoposte a verifiche ed informatizzazione della procedura
- Controlli e/o ispezioni sulle strutture con utilizzo di schede regionali uniformi.

Con riferimento alla realtà ed all'esperienza delle altre Asl si riportano le seguenti misure di prevenzione adottate per fronteggiare i rischi di corruzione identificati per l'area dei rapporti contrattuali con le strutture convenzionate:

a) Asl1 Imperiese:

- Check-list di controllo e relativa reportistica per la verifica delle strutture
- Controlli di esito sulle prestazioni erogate dai soggetti convenzionati
- Rotazione del personale addetto al controllo.

b) Asl4 Chiavarese:

- Trasparenza nelle procedure di accesso alle strutture
- Check-list
- Verbale di sopralluogo
- Scheda di monitoraggio utenti

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Le misure di contrasto specifiche possono essere favorite da un'efficiente informatizzazione dell'intero processo, con l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendali, per le prestazioni a CUP e, negli altri casi, con gestione informatizzata delle liste di attesa, con verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione, con l'adozione di un sistema di gestione informatica complessiva dell'attività: dalla prenotazione - richiesta di accesso alla prestazione, alla fatturazione con la previsione nel regolamento aziendale di sanzioni specifiche.

Le misure di prevenzione specifiche per contrastare i rischi dovrebbero essere individuate nelle seguenti:

1. Con riferimento alla fase del convenzionamento risulta indispensabile:

- a. dotarsi di un regolamento interno che disciplini la procedura di convenzionamento; in particolare precisando i tempi di avvio e di conclusione dell'autorizzazione, individuando i soggetti preposti per la verifica della documentazione (e di aggiornamento in caso di rinnovo) e precisando le modalità della verifica stessa.
- b. Predisposizione o miglioramento dell'analisi dei bisogni sanitari per programmare e predeterminare il numero effettivo dei posti letto coerenti con la effettiva necessità dell'utenza.

2. Con riferimento ai rischi connessi alla fase di esecuzione del contratto:

- a) Attivazione di attività ispettive per verificare la corretta esecuzione del contratto, definendo i tempi e le modalità per la loro attuazione
- b) (in caso di attività ispettive già esistenti) prevedere la rotazione del personale addetto al suddetto controllo
- c) l'introduzione di una procedura informatizzata per favorire una precisa ed efficiente verifica delle fatture trasmesse dalla struttura ai fini della liquidazione.

Come ulteriore misura preventiva per entrambi i rischi si ritiene utile notificare a tutte le strutture convenzionate Asl il Codice di Comportamento interno ed aziendale, adottato con Del. n. 713 del 14/11/2016.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

(a cura Dott.ssa Geronima Caffarena)



Si tratta di un'area e di un processo di sensibile rischio, nella quale possono verificarsi comportamenti opportunistici volti a favorire posizioni di privilegio o profitti indebiti, a svantaggio della comunità e con ripercussioni anche sulla percezione della qualità del servizio sanitario pubblico.

L'area dell'attività libero professionale è strettamente connessa sia con il sistema di gestione delle liste di attesa che con la trasparenza delle procedure di prenotazione e di individuazione dei livelli di priorità delle prestazioni.

Il sistema di gestione dei tempi di attesa rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA, fanno quindi parte degli obiettivi strategici assegnati ai Direttori Generali e devono pertanto essere integrate nel sistema di valutazione della *performance* sia individuali e dell'organizzazione.

Le attenzioni necessarie in quest'area, sia in termini di prevenzione dei rischi che di trasparenza, devono riguardare: la fase autorizzativa, la fase di verifica sullo svolgimento effettivo dell'attività e le possibili interferenze con l'attività istituzionale.

Le misure di contrasto specifiche possono essere favorite da un'efficiente informatizzazione dell'intero processo, con l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendali o sovrazieziali, con verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione, con l'adozione di un sistema di gestione informatica complessiva dell'ALPI: dalla prenotazione alla fatturazione con la previsione nel regolamento aziendale di sanzioni specifiche.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- D.lgs. 502/1992 e s.m.i. portante riordino della disciplina in materia sanitaria, con particolare attenzione all'art. 15 quinquies;
- DPCM 27.03.2000, pubblicato su G.U. n. 121 del 26.05.2000, ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale";
- L. n. 120/2007 che detta disposizioni in materia di libera professione in regime intramoenia, successivamente modificata con L. n. 189/2012 (Legge di conversione D.L. "Balduzzi" n. 158 del 13.09.2012);
- DGR n. 986 del 05.08.2013, con la quale sono state approvate le linee di indirizzo e lo schema tipo di regolamento transitorio nelle Aziende del SSR per l'attività libero professionale intramuraria;

- DGR n. 1590 del 12/12/2014 portante aggiornamento delle Linee Guida regionali concernenti le modalità di funzionamento della libera professione intramoenia;
- Recepimento Accordo tra il Governo e le Regioni in materia di verifica ALPI presso gli studi collegati in rete.
- Deliberazione del Direttore Generale della ASL 4 Chiavarese n. 437 del 19.06.2015, con la quale è stato approvato il Regolamento Aziendale per l'esercizio della Libera Professione;
- Determinazione ANAC 28.10.2015, n. 12 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, nel quale – alla sezione 2.2.1. delle "Aree di rischio specifiche" – vengono sollecitate azioni migliorative in riferimento a:
 - connessioni con il sistema delle liste di attesa,
 - trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni,
 - veridicità delle dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione
 - verifiche in ordine ai requisiti, negoziazione volumi, ricognizione spazi, orari
 - gestione informatica dell'ALPI, dalla prenotazione alla fatturazione

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE RISCONTRATE

a) Individuazione dei volumi di attività erogabile in l. p. rispetto all'attività istituzionale

Le norme regolamentari vigenti dispongono che l'attività erogata in regime di l.p. non può superare il 100% dell'attività erogata in regime istituzionale, sia per quanto riguarda i **volumi** delle prestazioni che l'**impegno orario** profuso.

In sede di Osservatorio regionale è stata fornita l'indicazione di considerare quale riferimento l'attività svolta istituzionalmente dall'equipe preposta, calcolandone la media per attribuire i limiti al singolo professionista. Pertanto, sia in sede di autorizzazione preventiva che di successivo controllo, sarebbero da considerare tali parametri. Ci si interroga sulla correttezza di tale parametro, di fatto fittizio e perlopiù non corrispondente alla reale situazione.

b) Pagamento delle prestazioni in contanti nell'esercizio della l. p. "allargata"

Nella realtà di Asl 4, mentre i pagamenti delle prestazioni i. m. effettuate nelle strutture ospedaliere avvengono tramite pos/carta di credito, le prestazioni negli studi privati vengono liquidate in contanti. A fronte delle richieste di parte pubblica di adeguamento alla normativa sui pagamenti elettronici, la parte sindacale ha obiettato che non sussiste obbligo vincolante in quanto non sono previste sanzioni. Proprio per la mancanza di sanzioni, le disposizioni del D.I. 24.01.2014 sono slittate al 31.12.2016. Si auspica che tale termine non venga ulteriormente prorogato.

Infatti, il pagamento elettronico garantisce sicurezza e affidabilità nei pagamenti, certezza e automazione nella riscossione degli incassi, riduzione dei costi e standardizzazione dei processi interni, tracciabilità, semplificazione e digitalizzazione dei servizi.

Il professionista mensilmente effettua il versamento ALPI degli emolumenti introitati nel mese precedente, con le seguenti modalità: assegno, bonifico bancario, internet, bancomat o carta di credito.

Presso la ASL 4 è allo studio la possibilità di permettere ai cittadini di utilizzare anche i Punti Gialli dislocati nei vari Poli Ospedalieri/Struttura Sanitaria di Chiavari per il pagamento delle prestazioni ALPI effettuate negli ambulatori aziendali.

c) Limite del numero di luoghi fisici nei quali esercitare la l. p.

Per limitare la concorrenza pubblico – privato, con D.G.R. 1590/2014 è stato disposto che ciascun professionista possa esercitare la l.p. al massimo in n. 3 sedi. Tale principio è condivisibile. Peraltro, si evidenziano alcune problematiche derivanti dall'applicazione di normative susseguitesesi nel tempo:

- coloro che presentano nuova istanza per l'esercizio della l.p. "allargata" non possono essere autorizzati se l'azienda di appartenenza non dichiara la carenza di spazi interni a disposizione, cosa verosimilmente impossibile...
- coloro che erano stati autorizzati prima di tale data, continuano a svolgere l'attività negli spazi privati, nel n. limite di 3.

La situazione evidenzia una disparità di trattamento nell'esercizio del medesimo diritto contrattuale.

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

- **ASL 1:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti con riserva in corso d'anno 2016 di prevedere misure aggiuntive o il potenziamento di quelle esistenti
- **ASL 2:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti
- **ASL 3:** Al momento l'area di rischio non risulta trattata in quanto Asl 3 si è posta come obiettivo del nuovo PTPC la mappatura di tutti i processi/procedimenti
- **ASL 5:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC con riserva di miglior definizione in corso d'anno 2016
- **IRCSS S.Martino IST:** l'area di rischio è stata prevista nel PTPC ed è stato istituito un gruppo di lavoro che, stante il già strutturato controllo informatizzato sull'attività svolta che permette di gestire in modo centralizzato sia prenotazione che riscossione, dovrà verificare il rapporto tra attività istituzionale/attività libera professione, provvedendo alla creazione di un indicatore che consenta una valutazione sui volumi non solo a livello di struttura ma anche per singolo professionista.
- **E.O. Ospedali Galliera:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione già in essere
- **Istituto Gaslini:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti con riserva in corso d'anno 2016 di predisporre un apposito regolamento.
- **Ospedale Evangelico:** Applica D.Lgs 231/2001

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Tutte le aziende liguri si sono adeguate alla normativa nazionale e regionale in materia, puntando in particolar modo sull'informatizzazione della procedura, a partire dalla prenotazione fino ad arrivare alla liquidazione delle prestazioni da parte dei cittadini.

Ferme restando le questioni aperte, di cui al seguente punto 5, è imprescindibile individuare degli indicatori che consentano di localizzare con immediatezza le situazioni che presentano il più alto rischio ai fini che qui interessano (trasparenza, legittimità dei comportamenti, funzione ed immagine del SSR).

Si evidenzia quindi l'opportunità di realizzare una interconnessione informatica tra i diversi flussi dei tempi di attesa in ambito istituzionale (perlomeno per le prestazioni con maggiore lista in relazione al livello di priorità) ed i tempi di erogazione delle medesime in regime libero professionale.

QUESTIONI APERTE

a) Pagamento delle prestazioni in contanti nell'esercizio della l. p. "allargata"

Il pagamento elettronico garantirebbe sicurezza e affidabilità nei pagamenti, certezza e automazione nella riscossione degli incassi, riduzione dei costi e standardizzazione dei processi interni, tracciabilità, semplificazione e digitalizzazione dei servizi.

b) Connessione con il sistema delle liste d'attesa

Il PNA Sanità prevede un apposito approfondimento relativo all'alterazione delle liste d'attesa, intesa come un differimento artificioso dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità, da cui può derivare un nocumento alla salute laddove il tempo diviene fattore determinante e, comunque, un indebito arricchimento del singolo professionista.

I possibili rischi derivanti da un sistema non governato, sono individuati come segue da ANAC:

- errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale
- trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione
- svolgimento della libera professione in orario di servizio

Gli strumenti attuati sono in grado di limitare fortemente la possibile realizzazione di tali rischi. I fattori migliorativi in grado di contrastare il rischio corruttivo evidenziato nel PNA Sanità sono essenzialmente i seguenti:

- totale informatizzazione delle liste di attesa
- prenotazione di tutte le prestazioni attraverso cup
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali
- Svolgimento della libera professione in strutture aziendali
- Obbligo di pos nelle strutture dove si effettua la libera professione

Discorso a parte merita lo sforzo profuso dall'Azienda nel tentativo di ridurre le liste di attesa per determinate prestazioni, ove i tempi sono più lunghi di quanto tollerato per legge/regolamento, attraverso "recall" telefonico.

OPPORTUNITA'

a) Gestione informatizzata di tutta la procedura

La ASL 4 ha organizzato un ufficio presso la Direzione Amministrativa del P.O., che si occupa di vigilare sull'intero percorso dell'attività l. p., dal momento dell'autorizzazione fino al momento della chiusura con parcella e liquidazione della prestazione.

Per supportare l'ufficio è stato realizzato un modulo informatico, denominato appunto **“Modulo Libera Professione”**, che permette di supervisionare la gestione degli appuntamenti, compilazione delle ricevute, gestione incassi e passaggio dati automatizzato a procedura stipendiale per elaborazione cedolini, gestione dell'attività svolta dai medici al di fuori dall'orario di lavoro con utilizzo strutture ambulatoriali, diagnostiche dell'azienda, case di cura private non accreditate e studi privati.

Vengono gestite le autorizzazioni date ai medici allo svolgimento dell'attività libero professionale con le informazioni relative al luogo fisico dove le prestazioni vengono rese, gli orari e il tariffario applicato.

Sulla base delle autorizzazioni e degli orari di visita registrati associati ad esse, vengono gestite le singole agende dei medici. Gli appuntamenti possono essere inseriti direttamente dal medico e/o dal call center.

Sul calendario l'ufficio del settore A.L.P.I. ha la possibilità di inserire periodi di sospensione (ferie, corsi ecc.) in modo che non possano essere registrati appuntamenti in periodi di assenza.

Tali funzionalità sono fruibili da tutte le postazioni aziendali (1200) e da tutte le postazioni sul territorio tramite accesso al server Cytric.

A prestazione avvenuta, richiamando la prenotazione precedentemente inserita, il medico registra la ricevuta con l'elenco delle prestazioni effettuate.

In base alle ricevute emesse e al netto di una percentuale di acconto fissata al momento dell'autorizzazione, il medico mensilmente versa all'amministrazione le somme incassate.

Mensilmente i dati di suddetta attività vengono elaborati, accantonate le somme relative al fondo perequazione, IRAP, percentuale legge Balduzzi e quote dovute all'amministrazione, ripartiti fra le varie figure professionali (oltre ai riparti speciali viene anche gestita l'attività libero professionale svolta in equipe) e vengono trasferiti alla procedura di gestione stipendi per l'elaborazione dei cedolini mensili.

Principali funzioni applicative

- Gestione autorizzazioni medici
- Gestione riparti e riparti speciali
- Gestione riparti equipe
- Gestione consegna bollettari medici
- Gestione versamenti medici e enti non accreditati
- Registrazione appuntamenti e stampa ricevuta appuntamento
- Registrazione ricevute
- Registrazione ricevute enti non accreditati
- Chiusura mensile con passaggio dati a procedura stipendiale.
- Reportistica che comprende vari riepiloghi (i principali sono):
 - ✓ Lista analitica dettaglio reparto applicato su ricevuta
 - ✓ Attività per branca
 - ✓ Attività per luogo
 - ✓ Valorizzazione debito orario medico
 - ✓ Riepilogo voci retributive per medico

La parametrizzazione e gli automatismi inseriti nel software, con l'aggiunta di varie stampe di riepilogo delle attività svolte, in base alle branche o ai luoghi fisici o tipologia di prestazione, permettono all'ufficio ALPI di monitorare l'attività e mensilmente, per mezzo di elaborazioni automatiche, avere a disposizione i dati delle ripartizioni e inviare automaticamente i dati all'ufficio retributivo per la liquidazione delle competenze.

Questo permette di gestire l'attività libero professionale con il minor numero di risorse umane possibile.

L'ufficio ALPI, inoltre, ha la possibilità, al momento del versamento da parte del medico delle somme percepite in attività libero professionale, di controllare in tempo reale le somme effettivamente da incassare ed avere sempre il controllo delle prestazioni erogate e non ancora incassate.

b) Più efficace sistema dei controlli

L'integrazione all'interno del sistema informativo aziendale permette i seguenti controlli/monitoraggi:

- Monitoraggio prenotazioni libera professione / ordinarie CUP
- Monitoraggio produzione libera professione / ordinarie CUP
- Controllo fasce orarie dedicate all'attività libero professionale svolta dai medici, per mezzo dell'utilizzo di timbrature causalizzate.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

(a cura Dott.ssa Geronima Caffarena)



La rotazione del personale, così come prevista dalla normativa, risponde a molteplici obiettivi. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle attività nel proprio ambito di responsabilità favorisce una riduzione del rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni e portatori di interessi a vario titolo. Essa crea anche i presupposti per un maggior livello di benessere organizzativo permettendo al dipendente di trovare nuovi stimoli e opportunità di crescita professionale che potrebbero perdersi laddove una persona svolga per molti anni la stessa attività nello stesso ufficio. Consente il reclutamento di energie intellettuali stimolate dal rapporto con un nuovo ambito lavorativo ed una minore dipendenza dai vincoli del contesto, nel perseguire i cambiamenti necessari all'organizzazione per realizzare i propri scopi istituzionali.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- Art.16 comma 1 lettera 1-quater del D.lgs. 165/2001
- Art. 1 comma 4 lettera e, comma 5 lett. b, comma 10 lett. B della L.n. 190/2012. La misura di prevenzione obbligatoria prevista consiste nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- Il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato in data 11.09.2013, al punto 3.1.4. "Azioni e misure per la prevenzione", dispone che tutte le PP.AA. sono tenute ad individuare criteri per attuare tale misura, indicando nel PTPC eventuali elementi ostativi
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016, individua la rotazione quale strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse, necessariamente accompagnato da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE RISCONTRATE

- a) **organizzazione aziendale e disponibilità ridotta di professionalità**
uno dei principali elementi ostativi all'applicazione della misura specifica consiste nell'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidatesi in capo al personale, onde evitare un aggravio dei tempi procedurali, modalità di conduzione dei processi o insorgere di prassi non conformi alle previsioni normative, tenuto altresì conto delle dimensioni aziendali e soprattutto delle peculiarità delle attività erogate da un'Azienda Sanitaria;
- b) **limiti posti dai CCNL**
- c) **esito del confronto con le organizzazioni aziendali**

i punti sono strettamente interconnessi, in quanto le Aziende incontrano ostacoli all'attuazione dipendenti dall'applicazione di norme contrattuali e dai pesanti contenziosi avviati dalle organizzazioni sindacali a tutela dei propri iscritti

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

- **ASL 1:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione. In particolare, l'affidamento degli incarichi viene disposto per la durata minima contrattuale, sono previste misure per gestione delle pratiche a più alto rischio da parte di più dirigenti e forme di rotazione tra responsabili di procedimento.
- **ASL 2:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC, con l'impegno di predisporre misure di attuazione nel corso del 2016, compatibilmente con i problemi di organico esistenti
- **ASL 3:** ha indicato l'adozione di misure di rotazione quale obiettivo futuro cui dare attuazione con gradualità per non compromettere la continuità della gestione amministrativa e tenendo conto delle specifiche professionalità
- **ASL 5:** L'area di rischio non è stata prevista nel PTPC
- **IRCSS S.Martino IST:** è stato istituito un gruppo di lavoro che, con il compito di verificare modalità e procedure che governano la mobilità interna del personale sanitario non dirigenziale. Creazione di un sistema di monitoraggio
- **E.O. Ospedali Galliera:** L'area di rischio è stata prevista nel PTPC. In particolare, ai responsabili delle strutture interessate è stata demandata l'individuazione e l'implementazione, ove non ancora adottate, di azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale, oltre all'adozione di misure di controllo compensative, quale l'affidamento delle pratiche sensibili a due funzionari, atte a prevenire il rischio di condotte corruttive
- **Istituto Gaslini:** L'area di rischio è stata menzionata con contenuti da definire in corso d'anno 2016.
- **Ospedale Evangelico:** Applica D.Lgs 231/2001

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Con delibera n. 13 del 6 febbraio 2015, ANAC ha fornito alcuni chiarimenti, affermando che la rotazione non si applica nel caso in cui lo spostamento dei dipendenti comporti la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico e può essere attuata anche solo per alcune categorie di dipendenti, escludendo i dirigenti/responsabili.

L'Anac ha chiarito che le modalità attuative della rotazione dei dipendenti sono rimesse all'autonoma determinazione degli enti che devono però rispettare alcuni limiti:

- oggettivi, in quanto è necessario comunque assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, specie a elevato contenuto tecnico, "pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione

se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico”;

- soggettivi, quali i diritti individuali dei dipendenti e i diritti sindacali. In particolare, le misure di rotazione devono temperare la tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con quei diritti.

Da quanto sopra, si ritiene che ogni Azienda proceda alla verifica dei settori nei quali – per condivisione di competenze e per numero di addetti – sia possibile organizzare una rotazione periodica.

I criteri da adottare possono essere i seguenti:

- a) il criterio temporale, legato alla permanenza nell'ufficio
- b) il criterio territoriale, cioè la modalità di rotazione che consiste nel trasferimento da un gruppo territoriale all'altro
- c) la sottrazione alla rotazione territoriale del personale che fruisce dei benefici ex lege 104/1992
- d) altri, da condividere.

QUESTIONI APERTE

L'Anac ha rilevato che l'esclusione dei dirigenti/responsabili è in contrasto con l'articolo 1, comma 4, lett. e), della legge 190/2012.

La disposizione individua proprio nella dirigenza (o nei responsabili, per gli enti senza dirigenza), i funzionari da far ruotare prioritariamente ai fini della prevenzione della corruzione, in considerazione dei poteri di decisione e adozione di atti di amministrazione e gestione che la disciplina vigente riserva alla loro competenza.

L'Autorità ha però chiarito che la decisione di applicare la rotazione prima in alcuni settori dell'ente (e non in tutti da subito), e solo successivamente nelle altre aree, non costituisce una scelta illegittima.

Inoltre, come ben stigmatizzato da Anac nella deliberazione n. 831/2016, occorre prioritariamente individuare strumenti pianificatori ed organizzativi, in quanto una rotazione effettuata indiscriminatamente tra dirigenti che non abbiano ancora maturato le necessarie competenze, ne determinerebbe la dipendenza da funzionari con esperienza consolidata e ne vanificherebbe gli scopi.

OPPORTUNITA'

L'ASL 4 Chiavarese adotta criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, ivi compreso quello del responsabile del procedimento, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. L'applicazione di tale criterio si sposa comunque con quello dell'efficienza dell'amministrazione e della continuità dell'azione amministrativa, clinica e assistenziale ed è in ogni caso attuata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative e in sinergia con le politiche regionali sul tema.

Tale procedura è stata attuata nel 2015 in alcuni ambiti della nostra azienda, fra cui ad esempio:

S.C. Sicurezza Alimentare: La programmazione dei controlli presso gli stabilimenti provvisti di riconoscimento comunitario – ove è stabilito il controllo periodico da parte di un veterinario ufficiale – prevede la rotazione biennale dei veterinari impegnati nell'esecuzione di detti controlli.

Ogni operatore incaricato dei controlli ha sottoscritto un documento in cui dichiara:

- di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità nell'esecuzione delle attività di controllo, oppure
 - di trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità nell'esecuzione delle attività di controllo,
- In questo caso, l'operatore è tenuto ad indicare quali sono le imprese in cui non può svolgere i controlli

S.C. Sanità Animale: E' prevista la rotazione periodica (in genere biennale) dei dirigenti veterinari in relazione agli ambiti ed alle zone di competenza; per l'anno 2015 si è provveduto inoltre all'assegnazione a ciascun dirigente di un certo numero di controlli al di fuori della zona di rispettiva competenza.

Ogni operatore incaricato dei controlli ha sottoscritto un documento in cui dichiara:

- di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità nell'esecuzione delle attività di controllo, oppure
 - di trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità nell'esecuzione delle attività di controllo,
- In questo caso, l'operatore è tenuto ad indicare quali sono le imprese in cui non può svolgere i controlli ed il direttore di Struttura deve trattare l'incompatibilità.

S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro: L'organizzazione interna della Struttura prevede la suddivisione del territorio di competenza in due ambiti, nei quali gli interventi di ispezione sono sempre effettuati da coppie di operatori e non da singoli; inoltre la composizione delle coppie non è fissa;

S.S.D. Medicina Legale: è stato emanato un avviso per la formazione di un elenco di medici disponibili a far parte delle Commissioni Invalidi, in modo da garantire la rotazione dei componenti in ogni Commissione. Tale avviso si è concluso il 31 luglio c.a. ed ha prodotto un elenco da cui attingere a rotazione.

Sono state effettuati alcuni spostamenti di personale con p. o. o, comunque, operante in area a rischio, in modo non strutturale.

Un suggerimento per sopperire a rotazioni in settori con competenze infungibili (sia per specifiche caratteristiche professionali dei dipendenti sia per mancanza di strumenti pianificatori e/o formativi) potrebbe consistere nella c.d. "segregazione di funzioni", ovvero nello spezzettamento dei processi di formazione della volontà dell'ente in varie fasi e tra diversi livelli di intervento, in modo da coinvolgere più soggetti nel processo decisionale.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI, SANZIONI

(a cura Dott.ssa Barbara Graverini)



NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016

Il PNA nell'individuare le aree di rischio obbligatorie perché ricorrenti in tutte le PP.AA. non aveva ricompreso tra le stesse l'area relativa a **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni** ma aveva individuato solo le seguenti aree:

- a) Acquisizione e progressione del personale
- b) Affidamento lavori, servizi e forniture
- c) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici e diretti per il destinatario
- d) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici e diretti per il destinatario

A seguito di ulteriori approfondimenti e aggiornamenti, anche a seguito dello studio sullo stato di attuazione e la qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche nel triennio 2015-2017, che ha evidenziato numerose carenze e criticità nel processo di individuazione, valutazione e ponderazione dei rischi, con la **Determina ANAC n. 12 del 28/10/2015 “ Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”**, si è cercato di fornire ai soggetti che interagiscono nel sistema sanitario specifiche raccomandazioni per la redazione dei Piani triennali tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione, sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti. L'obiettivo che si prefigge la Determina in oggetto è quello di offrire un supporto operativo che consenta alle pubbliche amministrazioni e agli altri soggetti tenuti all'introduzione di misure di prevenzione della corruzione, di apportare eventuali correzioni volte a migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico.

In particolare la gestione del Servizio Sanitario Nazionale è stata oggetto di un particolare approfondimento tenuto conto che il bene primario della salute è un diritto costituzionalmente protetto. Si è avvertita l'esigenza di dotare l'Aggiornamento al PNA di un approfondimento dedicato alla sanità che fornisca gli strumenti di lettura della complessità del sistema e che delinei ed individui le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive, allo scopo fondamentale di salvaguardare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali, contrastando in maniera sempre più efficace i comportamenti corruttivi.

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

La determina 12/2015 individua, in via esemplificativa, gli aspetti di rischio in ambito sanitario correlati a comportamenti e/o a condizioni connessi ad una non corretta e non trasparente *governance* amministrativa

e di gestione dei singoli processi nonché indica, sempre in via esemplificativa, le misure idonee a garantire, in presenza del rischio, la sua inoffensività.

All'uopo vengono individuate:

1. **Aree di rischio generali** di seguito indicate che necessitano, per il settore sanitario, di ulteriori specificazioni.

Si tratta delle aree relative a:

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

2. **Aree di rischio specifiche** di seguito indicate, che sono identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione della singola Azienda/Istituto; verso dette aree di rischio specifiche occorrerà orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione

Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, tenendo presente quanto indicato nella parte generale circa la necessità che ogni ente individui le proprie "aree specifiche" potenzialmente esposte a rischi corruttivi sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

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

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori.

Per quanto concerne la sanità, dette attività dovranno essere contestualizzate nei Piani adottati dai Soggetti destinatari, con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, le autorizzazioni e concessioni con o senza riflessi finanziari, l'accreditamento del privato, la libera professione intramuraria.

Eventi rischiosi possono verificarsi laddove le procedure relative all'attività di vigilanza, controllo ed ispezione non siano opportunamente standardizzate e codificate secondo il sistema qualità. In altri termini, le omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con *check list*, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso.

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE

- a) Omogeneizzare tra le varie AASSLL la valutazione e graduazione dei rischi per stessi procedimenti (lo stesso procedimento in alcune ASL è valutato a basso rischio in altre ad alto rischio, pur avendo caratteristiche di contesto simili)

- b) Difficoltà a individuare adeguati sistemi di monitoraggio delle misure che abbiano effettività e concretezza anche mediante il coinvolgimento di attori esterni e interni
- c) Difficoltà a calare l'analisi del contesto esterno e interno nel sistema di valutazione e gestione dei rischi e di leggere e interpretare le dinamiche socio territoriali al fine di indirizzare le azioni di prevenzione della corruzione
- d) Difficoltà di individuare correttamente i rischi di corruzione, di collegarli ai processi organizzativi e di utilizzare un'adeguata metodologia di valutazione e ponderazione dei rischi
- e) Difficoltà nell'individuare misure di prevenzione del rischio concrete ed efficaci traducibili in azioni precise e fattibili e verificabili nella loro effettiva realizzazione
- f) Necessità di adeguata pianificazione e programmazione operativa nonché di coordinamento e integrazione con il Piano della Performance e i controlli interni. Generalmente manca un efficace collegamento tra il Piano anticorruzione e il processo della Performance
- g) Necessità di integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative volte a migliorare la funzionalità dell'amministrazione.
- h) Difficoltà a garantire adeguati livelli qualitativi necessari alla sostenibilità delle misure anticorruzione e alla loro efficacia nel tempo.
- i) Difficoltà ad applicare la misura della rotazione per la specificità dei procedimenti e la professionalità acquisita dagli operatori nei singoli settori

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

In via preliminare si è proceduto ad analizzare per la parte relativa al presente studio (controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni) i Piani annuali di Prevenzione della corruzione-Aggiornamento 2016-2018 delle cinque ASL Liguri che a differenza degli ospedali hanno una realtà territoriale di competenza quindi in esse, a differenza degli ospedali, si riscontra questa area di rischio specifica.

Dal raffronto effettuato è emerso quanto segue:

- a) Tutte le ASL Liguri hanno proceduto all'analisi di tale area di rischio in linea con le previsioni della determina ANAC n. 12/2015 individuando più o meno nel dettaglio i relativi procedimenti a rischio e le conseguenti misure di prevenzione
- b) In alcuni casi, già nei Piani adottati precedentemente alla Determina ANAC erano state individuate come aree di rischio ulteriori (in quanto non contenute nel PNA) l'area dell'attività di vigilanza e ispezione e l'area sanzionatoria in quanto ritenute peculiari delle aziende sanitarie territoriali.
- c) Tutti i procedimenti a rischio sono stati ritenuti afferenti al Dipartimento di Prevenzione e in parte al Dipartimento farmaceutico relativamente ai controlli su farmacie
- d) Si rileva a volte per lo stesso procedimento/attività una sensibile differenza nella valutazione del grado di rischio (lo stesso procedimento in alcune ASL è valutato a basso rischio in altre ad alto rischio, pur avendo caratteristiche di contesto simili)
- e) Tutte le ASL hanno rilevato, come eventi rischiosi per tale area:
 - Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti
 - Mancato rilievo di non conformità al fine di favorire determinati soggetti
 - Preavvertire i destinatari delle ispezioni
 - Omissioni o irregolarità nell'attività di vigilanza al fine di ottenere o procurare ad altri indebiti vantaggi
 - Abuso nel rilascio di pareri
 - Manomissione dei processi per ottenere benefici personali

- f) Tutte le ASL hanno individuato in modo più o meno adeguato le misure di prevenzione dei rischi realizzando un buon collegamento con le risultanze delle analisi e valutazione del rischio
- g) Sono state previste azioni di monitoraggio che generalmente si concretizzano in rendicontazioni periodiche predisposte dai responsabili dell'attuazione delle misure, da inviare al responsabile della Prevenzione della Corruzione. In altri casi sono previste forme mirate di monitoraggio basate su controlli a campione con il coinvolgimento del Direttore della struttura interessata e dei responsabili del procedimento oggetto del controllo.
- h) Si rileva complessivamente una omogeneità nell'individuazione dei procedimenti/attività a rischio , delle misure di prevenzione e dei meccanismi di monitoraggio e un livello di approfondimento dei rischi e delle misure abbastanza adeguato .

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Partendo dall'esame dell'attuale mappatura dei rischi fatta da tutte le 5 AA.SS.LL Liguri e inserita nei relativi Piani annuali anticorruzione, abbiamo messo a punto una tabella di analisi che viene riportata come allegato nell'appendice a questo Rapporto e si prefigge lo scopo di migliorare e approfondire la specifica area di rischio esaminata fornendo indicazioni utili per l'effettiva attuazione di misure in grado di incidere "con efficacia" sui fenomeni corruttivi legati ai procedimenti di " **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**".

QUESTIONI APERTE E OPPORTUNITA'

I risultati dello studio condotto da tutti i responsabili anticorruzione delle AA.SS.LL liguri, ognuno per la parte assegnata, costituiscono il punto di partenza per orientare la strategia regionale e aziendale di prevenzione della corruzione e rappresentano un primo strumento di autovalutazione volto al miglioramento della programmazione delle scelte anti-corruttive, che si potrà realizzare con:

- a) Collegamento e integrazione tra misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti (riorganizzazione degli uffici con ottimizzazione delle risorse e rotazione e ridistribuzione delle competenze, formazione del personale, risparmio di risorse pubbliche etc...)
- b) Adeguata pianificazione e programmazione operativa nonché coordinamento e integrazione con il Piano della Performance e i controlli interni.
- c) Definizione di strategie integrate e condivise a livello regionale
- d) Incremento degli sforzi a tutti i livelli responsabilizzando i diversi attori nella definizione e soprattutto attuazione delle misure di prevenzione in modo corretto per produrre i risultati prefissi
- e) Maggior coinvolgimento degli organi di indirizzo politico e dei vertici amministrativi sia nella fase dell'individuazione mediante una sempre maggiore condivisione delle misure, che in quella dell'attuazione e del monitoraggio.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO GESTIONE DEI CONTRATTI PUBBLICI

(a cura Dr. Luigi Tomei e Dr. Riccardo Zanella)



Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, la forte asimmetria informativa che caratterizza i mercati sanitari e la condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi determinata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto dei principali beni sono coloro che utilizzano i materiali, l’approvvigionamento di beni, servizi, lavori costituisce una delle principali aree di rischio in sanità.

Al fine di gestire in maniera efficace i fattori predisponenti al rischio di corruzione è indispensabile porre attenzione all’intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione ed esecuzione del contratto.

In aggiunta alle misure di contrasto intrinseche e specifiche per ogni fase, il rafforzamento dei livelli di trasparenza è condizione imprescindibile per una efficace azione di minimizzazione del rischio.

La gestione centralizzata delle procedure contrattuali, prevista dalla normativa nazionale e regionale in capo alle centrali di committenza e ai soggetti aggregatori regionali (art. 37 e 38 D. Lgs. n. 50/2016) lungi dal deresponsabilizzare le aziende sanitarie sulla gestione dell’area di rischio, esige un impegno particolare nelle fasi (prodromiche allo svolgimento delle procedure di individuazione del contraente e di successiva esecuzione del contratto) per le quali comunque permane la competenza delle singole strutture.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 recante “Attuazione delle direttive 2014/23 UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- ANAC, Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anti Corruzione. Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” art. 1 commi 16 lett. b) e 32
- Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41 “Riordino del Servizio sanitario Regionale” e s.m.i. artt. 62bis, 62 ter, 71 bis,
- Legge Regione Liguria 6 novembre 2012, n. 34 art. 8 comma 9

PRINCIPALI SOTTO-AREE DI RISCHIO E POSSIBILI MISURE DI CONTRASTO

Sulla scorta delle indicazioni dell'ANAC (*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anti Corruzione*, Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015; *Piano Nazionale Anticorruzione 2016*, deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016) possono essere individuate le seguenti sotto-aree di rischio:

1. Programmazione
2. Progettazione della gara
3. Selezione del Contraente
4. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
5. Esecuzione del contratto
6. Rendicontazione del contratto
7. Sotto-processo di adesione agli strumenti di centrali di committenza

Per le procedure gestite direttamente rischi e misure di contrasto sono riferiti a tutte le sotto-aree.

Per le procedure oggetto di gestione centralizzata le aziende sanitarie sono interessate alle sotto-aree programmazione (1), progettazione (2), esecuzione (5), rendicontazione (6).

Rischi specifici e misure di contrasto specifiche relativi al sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di Committenza sono indicati nel paragrafo (7).

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.1. Programmazione		
2.1.1 Programmazione	Definizione di fabbisogni e priorità non rispondenti all'interesse generale ma a interessi particolari	• Adozione di un programma annuale/biennale • Utilizzo avvisi di pre-informazione
2.1.2 Programmazione	Ritardi da insufficiente programmazione che determinano non giustificato ricorso a procedure di urgenza, a proroghe contrattuali, a micro affidamenti	• Tempestività nella adozione e pubblicazione del programma • Pubblicazione sul sito di report periodico in cui sono rendicontati i contratti prorogati
2.2. Progettazione della gara		
2.2.1 Nomina del RUP	Nomina di RUP in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privo dei requisiti adeguati per assicurarne terzietà ed indipendenza	• Rotazione dei RUP e/o dei funzionari istruttori • Dichiarazione di mancanza di conflitto di interesse con le imprese concorrenti da parte del RUP
2.2.2 Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato per la definizione di clausole contrattuali dal contenuto vessatorio o incerto per disincentivare la partecipazione alla gara per alcuni operatori	• Consultazione preliminare degli operatori economici per la definizione dell'oggetto dell'affidamento

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.2.3 Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di tipologie procedurali al fine di agevolare un particolare soggetto;	• Preferenza per gli appalti di tipo aperto. Obbligo di motivazione in ordine alla scelta della procedura per le altre tipologie procedurali. • Obbligo di motivazione per la tipologia contrattuale adottata (concessione vs appalto) • Verifica periodica
2.2.4 Individuazione elementi essenziali del capitolato	Predisposizione di specifiche tecniche in apparenza neutre ma volte a favorire un particolare soggetto	• Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione delle specifiche tecniche. • Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti
2.2.5 Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);	• Adozione di linee guida interne che stabiliscano clausole standard
2.2.6 Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;	• Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione dei criteri di valutazione e/o dei requisiti di idoneità
2.2.7 Criteri di idoneità/ valutazione delle offerte	Previsione negli atti di gara di criteri di valutazione o requisiti di idoneità dei prodotti/servizi al fine di agevolare una particolare impresa.	• Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione dei criteri di valutazione e/o dei requisiti di idoneità • Formalizzazione del coinvolgimento delle strutture richiedenti e del contributo degli esperti nella fase di progettazione dell'oggetto dell'affidamento.
2.2.8 Definizione delle regole che disciplinano la procedura di gara	Applicazione distorta delle disposizioni del Codice degli Appalti ai fini di condizionare l'esito della procedura (quanto a pubblicazione bando, fissazione termini ricezione offerte, trattamento e custodia documentazione gara, modalità di svolgimento della gara, metodologie di aggiudicazione)	• Adozione di linee guida interne che stabiliscano clausole standard • Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità.
2.2.9 Procedure negoziate	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;	• Consultazione preliminare degli operatori economici • Valutazione HTA

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.2.10 Affidamenti diretti	Abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa	• Consultazione preliminare degli operatori economici • Valutazione HTA
2.3. Selezione del contraente		
2.3.1 Nomina commissione giudicatrice	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	• Obblighi di trasparenza e pubblicità nelle nomine dei componenti le commissioni • Obblighi di rotazione nelle nomine • Rilascio di autodichiarazioni da parte dei Commissari attestanti assenza incompatibilità e conflitti di interesse
2.3.2 Attività di valutazione delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con riferimento anche alla valutazione di eventuali elaborati progettuali.	• Verifica formalizzata in capo al RUP della logicità e coerenza dell'iter valutativo
2.3.3 Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	• Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
2.3.4 Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;	• Comunicazione periodica al RPCC dei lotti revocati e della relativa istruttoria
2.3.5 Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore.	
2.4 Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto		

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.4.1 Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici	In caso di un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/ accordo/ collegamento tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate"
2.4.2 Formalizzazione aggiudicazione definitiva e delle esclusioni	Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali	Tempestività nella pubblicazione sul profilo del Committente a agli interessati
2.5 Esecuzione del contratto		
2.5.1 Modifiche al cronoprogramma	Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	Controlli sull'effettiva applicazione di penali per il ritardo
2.5.2 Varianti in corso di esecuzione del contratto	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni;	- Verifica di adeguatezza e legittimità sulla istruttoria interna di autorizzazione delle varianti - Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti
2.5.3 Subappalto	Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;	In caso di sub appalto, ove si tratti di società schermate da persone giuridiche estere o fiduciarie, effettuazione adeguate verifiche per identificare il titolare effettivo dell'impresa subappaltatrice in sede di autorizzazione del subappalto
2.5.4 Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.	
2.6 Rendicontazione del contratto		

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.6.1	Alterazioni o omissioni di attività di controllo in sede di verifica di conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta (collaudo/attestato di regolare esecuzione)	• Previsione elenchi aperti soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori da selezionare attraverso sorteggio
2.7 Sotto-processo di adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza		

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.7.1. Fase di progettazione e adesione	• Non corretta formulazione dei fabbisogni • Ritardi ingiustificati nella formulazione dei fabbisogni • Acquisizioni autonome non giustificate in presenza di procedure di gare regionali già aggiudicate o in istruttoria • Non corretta analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle Centrali di Committenza al fine di poter dichiarare la incompatibilità dei medesimi ai fabbisogni aziendali • Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari dirette e/o in urgenza o frazionare artificiosamente il bisogno	• Previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate; • Adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di check list dei contenuti e dei passaggi obbligatori; • Previsione generalizzata di documentare l'esame degli strumenti delle centrali; • Comunicazioni alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/ sovrapposibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute; • Attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione degli strumenti (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione; dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.).

SOTTO -AREA	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
2.7.2 Fase di esecuzione e rendicontazione	• Non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento • Mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni • Richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione • Mancata o non corretta comunicazione alle centrali di committenza di inadempienze, penali, sospensioni, verifiche negative di conformità, risoluzioni che inficiano la corretta applicazione delle convenzioni regionali, ciò che potrebbe essere utilizzato allo scopo di giustificare illegittime acquisizioni autonome sovrapponibili	• Pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi; • Necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità; • Pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti); • Previsione di una valutazione di outcome (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali; • Pubblicazione dei certificati di conformità/parziale, conformità/mancata, conformità che tengano conto anche delle penali, delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.; • Trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.

INDIVIDUAZIONE DI POSSIBILI INDICATORI SINTOMATICI DI RISCHIO

Il monitoraggio sistematico attraverso un pannello di indicatori degli esiti di gara contribuisce a far emergere usi distorti o impropri della discrezionalità per ciascuna delle fasi del processo

- 1) Programmazione
 - Numero e valore degli appalti affidati al di fuori della programmazione
 - Numero e valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (procedure negoziate con o senza previa pubblicazione di bando)
- 2) Progettazione della gara
 - Rapporto tra numero procedure negoziate attivate e totale procedure indette
 - Rapporto tra valore delle procedure negoziate attivate e totale delle procedure indette
 - Congruenza tra valore di indizione originaria e valore dell'appalto a seguito della esecuzione

- 3) Selezione del Contraente
 - Rapporto tra numero dei lotti che hanno ricevuto una sola offerta rispetto al numero dei lotti che hanno ricevuto offerte (una o più)
 - Numero medio di offerte per lotti
 - Tasso di soccombenza nei ricorsi amministrativi di affidamento di contratti pubblici
 - Tasso di soccombenza nei ricorsi davanti al Giudice ordinario per contenzioso sulla esecuzione del contratto
- 4) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
 - Rapporto tra numero ricorrenze di operatori economici che risultano aggiudicatari in due anni contigui e numero totale di soggetti aggiudicatari riferiti ai medesimi anni
- 5) Esecuzione del contratto
 - Rapporto tra numero affidamenti con almeno una variante rispetto al numero totale di affidamenti effettuati nel medesimo arco temporale
 - Rapporto tra numero affidamenti interessati da proroghe e numero complessivo di affidamenti
- 6) Rendicontazione del contratto
 - Percentuale dei contratti con scostamento di costo in aumento rispetto ai valori iniziali di indizione (L'indicatore non analizza le ragioni per le quali i contratti subiscono variazioni; tuttavia una percentuale elevata di contratti con scostamenti di costo costituisce un evento sentinella che dovrebbe indurre ad adottare specifiche misure di controllo)
 - Per i contratti con scostamento di costo (esecuzione vs indizione) valori percentuali minimi, mediani e massimi di scostamento
 - Percentuale dei contratti con scostamento dei tempi di esecuzione rispetto a quanto previsto in sede di indizione (L'indicatore è sintomatico di sospensioni illegittime, di proroghe che nascondono comportamenti collusivi tra esecutori e stazione appaltante).
 - Per i contratti con scostamento nei tempi di esecuzione , ritardi minimi, mediani e massimi
- 7) Sotto-processo di adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza e rendicontazione del contratto
 - Rapporto tra numero lotti affidati in adesione e numero totale di lotti aggiudicati messi a disposizione delle centrali di Committenza
 - Numero di affidamenti in autonomia nelle categorie merceologiche aggiudicate dalle Centrali
 - Importi affidati in adesione sul totale degli affidamenti
 - Numero e importo affidamenti in autonomia nelle categorie merceologiche di competenza dei soggetti aggregatori
 - Rapporto tra il numero delle varianti/servizi e forniture complementari e quello delle adesioni;
 - Rapporto tra gli importi delle variazioni/servizi e forniture complementari e quello delle adesioni;
 - Confronto (anche in termini di rapporto semplice o di incidenza) tra il numero (anche come media) delle variazioni/servizi e forniture complementari effettuate sui contratti stipulati in autonomia e quelle poste in essere sui contratti in adesione.

MISURE DI TRASPARENZA OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE

4.1 Misure obbligatorie

La legge n. 190/2012 all'art. 1 comma 32 ha previsto che per i procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare nei propri siti web istituzionali:

- la struttura proponente;
- l'oggetto del bando;
- l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte;
- l'aggiudicatario;
- l'importo di aggiudicazione;
- i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- l'importo delle somme liquidate.

Le stazioni appaltanti sono tenute altresì a trasmettere le predette informazioni ogni semestre all'ANAC. Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, sono pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. Le amministrazioni trasmettono in formato digitale tali informazioni all'ANAC, che le pubblica nel proprio sito web in una sezione liberamente consultabile da tutti i cittadini, catalogate in base alla tipologia di stazione appaltante e per regione. Entro il 30 aprile di ciascun anno, l'ANAC trasmette alla Corte dei conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omissso di trasmettere e pubblicare, in tutto o in parte, le informazioni di cui al presente comma in formato digitale standard aperto.

Il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 all' art. 37 ha previsto che:

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano: a) i dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190; b) gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. 2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui alla lettera a) si intendono assolti, attraverso l'invio dei medesimi dati alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.

Il D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 ha rafforzato le misure di trasparenza e pubblicità prevedendo inoltre i seguenti obblighi:

art. 21 comma 7: pubblicazione sul profilo del committente della programmazione triennale dei lavori e biennale degli acquisti di beni e servizi

art. 23: progettazione anche per appalti di servizi e forniture

art. 29 comma 1: pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente e sul sito del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e sulla piattaforma digitale istituita presso l'ANAC, anche tramite i sistemi informatizzati regionali, di cui al comma 4, e le piattaforme regionali di e-procurement interconnesse tramite cooperazione applicativa :

- nei successivi due giorni dalla data di adozione, del provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.
- composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.

- resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione

art. 70: avviso di pre-informazione su forniture, lavoro o servizi che saranno oggetto di appalti da aggiudicare

4.2 Misure raccomandate

Sono da raccomandare le seguenti ulteriori misure:

- Completa accessibilità online della documentazione di gara (indizione e svolgimento della procedura di selezione del contraente) e delle informazioni connesse, presupposte e complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari. Tempestività nella pubblicazione
- Pubblicazione online del calendario delle sedute di gara.
- Pubblicazione in apposita sezione con evidenza separata dei provvedimenti / atti dirigenziali di procedure negoziate / affidamenti diretti.
- Pubblicazione in apposita sezione con evidenza separata degli elenchi degli acquisti effettuati con il fondo economale
- Pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

Tutte le aziende liguri si sono adeguate alla normativa nazionale e regionale in materia, puntando in particolar modo sull'informatizzazione delle procedure, sul ricorso sempre maggiore al Mercato Elettronico per La Pubblica Amministrazione, all'adesione alle convenzioni regionali A. Li. Sa. CRA e SUAR.

- ASL 1: L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione
- ASL 2: L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti; prevista massima pubblicità per gli atti per le gare di rilevanza comunitaria
- ASL 3: L'area di rischio stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti e quelle in corso di adozione, con articolazione a livello di singola unità organizzativa.
- ASL 4: L'area di rischio stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione, con particolare attenzione dell'evoluzione del quadro normativo per ciò che concerne il processo di centralizzazione.
- ASL 5: L'area di rischio è stata prevista nel PTPC con riserva di miglior definizione in corso d'anno 2016
- IRCSS S. Martino IST: l'area di rischio è stata prevista nel PTPC e sono stati istituiti dei gruppi di lavoro per la definizione di misure specifiche su singole sotto aree di rischio.
- E.O. Ospedali Galliera: L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione già in essere a livello di dettaglio.

- Istituto Gaslini: L'area di rischio è stata prevista nel PTPC con riserva in corso d'anno 2016 di precisarne i contenuti per le sotto-aree qualificazione dei fabbisogni e esecuzione del contratto.
- Ospedale Evangelico: Applica D.Lgs 231/2001. Sarà tenuto ad applicare il D. Lgs. n. 33/2013, per gli effetti dell'art. 2 bis comma 3 del medesimo, come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO CONFLITTO DI INTERESSI IN AMBITO SANITARIO

A cura Dott.ssa Claudia Storace e Dott. Alfonso Di Donato



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

Possono essere distinte tre diverse fattispecie di Conflitto di Interesse:

1. **Attuale:** (anche detto reale) quando si manifesta durante il processo decisionale del soggetto decisore. In altri termini, l'interesse primario e quello secondario entrano in conflitto proprio nel momento in cui è richiesto al soggetto decisore di agire in modo indipendente, senza interferenze.
2. **Potenziiale:** quando il soggetto decisore avendo un interesse secondario, anche a seguito del verificarsi di un certo evento (es. accettazione di un regalo di un'altra utilità), può arrivare trovarsi, in un momento successivo, in una situazione di conflitto attuale. Il conflitto potenziale può nascere anche da una promessa.
3. **Apparente:** (anche detto conflitto percepito) quando una persona ragionevole potrebbe pensare che l'interesse primario del soggetto decisore possa venire compromesso da interessi secondari di varia natura (es. sociali e finanziari). Nel conflitto apparente, quindi, la situazione è tale da poter danneggiare seriamente la pubblica fiducia del soggetto decisore, anche quando lo stesso non è portatore di nessun interesse secondario.

Le occasioni in cui può configurarsi un interesse secondario, in quanto connesso alla natura delle relazioni umane, sono molteplici ed ineliminabili. Lo scopo del corpus normativo in materia è di fornire strumenti utili al contenimento ed alla gestione di queste situazioni.

Solo per brevità limitiamo in questa sede la trattazione ad alcune delle principali forme in cui può manifestarsi una circostanza di conflitto di interessi, precisando che la tematica relativa alle incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi viene trattata specificamente in un'altra scheda del presente rapporto.

L'accettazione di un dono o di altra utilità (art. 4 - Codice di Comportamento PA)

Il dono è un antico mezzo per stringere legami e creare obblighi di reciprocità. Per questo motivo Il Codice di Comportamento prevede un valore limite per l'accettazione degli stessi, fermo restando che non possono essere richiesti né comunque accettati per lo svolgimento dell'attività d'ufficio. Il valore di 150 euro può essere ridotto dalle singole Amministrazioni in relazione a particolari uffici/incarichi o in via generale.

L'art. 4 del Codice di Comportamento recita:

1. *Il dipendente non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità.*

2. Il dipendente non accetta, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.

3. Il dipendente non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore. Il dipendente non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore.

4. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo, a cura dello stesso dipendente cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Amministrazione per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.

5. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto. I codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni possono prevedere limiti inferiori, anche fino all'esclusione della possibilità di riceverli, in relazione alle caratteristiche dell'ente e alla tipologia delle mansioni.

6. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Contromisura: Codice di comportamento eventualmente integrato da norme più restrittive

La partecipazione ad associazioni o organizzazioni (art. 5 Codice di Comportamento PA)

In merito alla partecipazione ad associazioni od organizzazioni l'art. 5 del Codice di Comportamento PA recita:

Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati. 2. Il pubblico dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

La comunicazione dell'adesione associativa al responsabile dell'ufficio è dovuta quando l'oggetto sociale dell'associazione sia conflittuale rispetto agli interessi perseguiti dall'unità produttiva ove il lavoratore presta la propria attività; non è sufficiente un conflitto generico con l'ambito di attività dell'Amministrazione.

Contromisura: Dichiarazione al momento dell'assunzione e successivamente qualora intervengano modificazioni

Il cumulo di incarichi, pubblici o privati, intra od extra-istituzionali: i D.Lgs. n. 165/2001 e n. 39/2013

Il cumulo di incarichi di qualsivoglia natura pone diversi problemi, in quanto, accentrando presso il medesimo soggetto più "ruoli", è la fattispecie che maggiormente incarna la natura stessa del conflitto d'interessi.

La norma che riassume in sé gli interventi legislativi delle ultime decadi è l'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., relativa al conflitto d'interessi che può verificarsi qualora venga conferito un incarico extra istituzionale ad

un dipendente pubblico *in attualità del rapporto di lavoro*. Al di là dei casi esplicitamente esclusi, è una norma che disciplina la possibilità e le modalità per la coesistenza degli incarichi extralavorativi con l'impiego pubblico preesistente. Il D.Lgs. 39/2013, intervenuto successivamente, pone l'attenzione sugli istituti dell'incompatibilità (sanabile tramite la scelta tra uno e l'altro incarico) e dell'inconferibilità, che determina l'impossibilità del conferimento in via temporanea o permanente, ossia attiene a tutti i casi, al di là delle esclusioni sopra citate, in cui gli incarichi non possono coesistere.

Il regime di autorizzazione ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. 165/2001

Sono da considerare **vietati** ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche a tempo pieno e con percentuale di tempo parziale superiore al 50% (con prestazione lavorativa superiore al 50%) gli incarichi che presentano le caratteristiche indicate nei paragrafi a) Abitualità e professionalità e b) Conflitto di interessi

Sono da considerare vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche con percentuale di tempo parziale pari o inferiore al 50% (con prestazione lavorativa pari o inferiore al 50%) gli incarichi che presentano le caratteristiche di cui al paragrafo b) Conflitto di interessi

Sono da considerare vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche a prescindere dal regime dell'orario di lavoro gli incarichi che presentano le caratteristiche indicate nel paragrafo c) Incarichi preclusi a tutti i dipendenti, fermo restando quanto previsto dai paragrafi a) e b).

Gli incarichi qui considerati sono sia quelli retribuiti sia quelli conferiti a titolo gratuito.

a) Abitualità e professionalità

1. Gli incarichi che presentano i caratteri della abitualità e professionalità ai sensi dell'art. 60 del D.P.R. n. 3/57, sicché il dipendente pubblico non potrà "esercitare attività commerciali, industriali, né alcuna professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o accettare cariche in società costituite a fine di lucro". L'incarico presenta i caratteri della professionalità laddove si svolga con i caratteri della abitualità, sistematicità/non occasionalità e continuità, senza necessariamente comportare che tale attività sia svolta in modo permanente ed esclusivo (art. 5, D.P.R. n. 633 del 1972; art. 53 del D.P.R. n. 917 del 1986; Cass. civ., sez. V, n. 27221 del 2006; Cass. civ., sez. I, n. 9102 del 2003).

Sono escluse dal divieto di cui sopra, ferma restando la necessità dell'autorizzazione e salvo quanto previsto dall'art. 53, comma 4, del D.Lgs. n. 165/2001:

- i. l'assunzione di cariche nelle società cooperative, in base a quanto previsto dall'art. 61 del D.P.R. n. 3/1957;
 - ii. i casi in cui sono le disposizioni di legge che espressamente consentono o prevedono per i dipendenti pubblici la partecipazione e/o l'assunzione di cariche in enti e società partecipate o controllate (si vedano a titolo esemplificativo e non esaustivo: l'art. 60 del D.P.R. n. 3/1957; l'art. 62 del D.P.R. n. 3/1957; l'art. 4 del D.L. n. 95/2012);
 - iii. l'assunzione di cariche nell'ambito di commissioni, comitati, organismi presso amministrazioni pubbliche, sempre che l'impegno richiesto non sia incompatibile con il debito orario e/o con l'assolvimento degli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro;
 - iv. altri casi speciali oggetto di valutazione nell'ambito di atti interpretativi/di indirizzo generale (ad esempio, circolare n. 6 del 1997 del Dipartimento della funzione pubblica, in materia di attività di amministratore di condominio per la cura dei propri interessi; parere 11 gennaio 2002, n. 123/11 in materia di attività agricola).
2. Gli incarichi che, sebbene considerati singolarmente e isolatamente non diano luogo ad una situazione di incompatibilità, considerati complessivamente nell'ambito dell'anno solare, configurano invece un impegno continuativo con le caratteristiche della abitualità e professionalità, tenendo conto della natura degli incarichi e della remunerazione previsti.

b) Conflitto di interessi

1. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente ha funzioni relative al rilascio di concessioni o autorizzazioni o nulla-osta o atti di assenso comunque denominati, anche in forma tacita.
2. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti fornitori di beni o servizi per l'amministrazione, relativamente a quei dipendenti delle strutture che partecipano a qualunque titolo all'individuazione del fornitore.
3. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'amministrazione, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge.
4. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.
5. Gli incarichi che si svolgono nei confronti di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, di vigilanza o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge.
6. Gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'amministrazione, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illeciti di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio.
7. Gli incarichi e le attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.Lgs. n. 39/2013 o da altre disposizioni di legge vigenti (si veda il paragrafo sul Whistleblowing).
8. Gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001, presentano una situazione di conflitto di interesse (si veda il punto seguente).
9. In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente. La valutazione operata dall'amministrazione circa la situazione di conflitto di interessi va svolta tenendo presente la qualifica, il ruolo professionale e/o la posizione professionale del dipendente, la sua posizione nell'ambito dell'amministrazione, la competenza della struttura di assegnazione e di quella gerarchicamente superiore, le funzioni attribuite o svolte in un tempo passato ragionevolmente congruo. La valutazione deve riguardare anche il conflitto di interesse potenziale, intendendosi per tale quello astrattamente configurato dall'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013 (nota a pagina **Errore. Il segnalibro non è definito.**).

c) Incarichi preclusi a tutti i dipendenti

1. Gli incarichi, ivi compresi quelli rientranti nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001, che interferiscono con l'attività ordinaria svolta dal dipendente pubblico in relazione al tempo, alla durata, all'impegno richiestogli, tenendo presenti gli istituti del rapporto di impiego o di lavoro concretamente fruibili per lo svolgimento dell'attività; la valutazione va svolta considerando la qualifica, il ruolo professionale e/o la posizione professionale del dipendente, la posizione nell'ambito dell'amministrazione, le funzioni attribuite e l'orario di lavoro.
2. Gli incarichi che si svolgono durante l'orario di ufficio o che possono far presumere un impegno o una disponibilità in ragione dell'incarico assunto anche durante l'orario di servizio, salvo che il dipendente fruisca di permessi, ferie o altri istituti di astensione dal rapporto di lavoro o di impiego.
3. Gli incarichi che, aggiunti a quelli già conferiti o autorizzati, evidenziano il pericolo di compromissione dell'attività di servizio, anche in relazione ad un eventuale tetto massimo di incarichi conferibili o autorizzabili durante l'anno solare, se fissato dall'amministrazione.

4. Gli incarichi che si svolgono utilizzando mezzi, beni ed attrezzature di proprietà dell'amministrazione e di cui il dipendente dispone per ragioni di ufficio o che si svolgono nei locali dell'ufficio, salvo che l'utilizzo non sia espressamente autorizzato dalle norme o richiesto dalla natura dell'incarico conferito d'ufficio dall'amministrazione.
5. Gli incarichi a favore di dipendenti pubblici iscritti ad albi professionali e che esercitino attività professionale, salve le deroghe autorizzate dalla legge (art. 1, comma 56 bis della l. n. 662/1996).
6. Comunque, tutti gli incarichi per i quali, essendo necessaria l'autorizzazione, questa non è stata rilasciata, salva la ricorrenza delle deroghe previste dalla legge (art. 53, comma 6, lett. da a) a f-bis); comma 10; comma 12 secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1 del P.N.A. per gli incarichi a titolo gratuito, D.Lgs. n. 165 del 2001). Nel caso di rapporto di lavoro in regime di tempo parziale con prestazione lavorativa uguale o inferiore al 50%, è precluso lo svolgimento di incarichi o attività che non siano stati oggetto di comunicazione al momento della trasformazione del rapporto o in un momento successivo.

Contromisura: Regolamento sul conferimento di incarichi/Anagrafe prestazioni

Regime dell'Incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013

L'Incompatibilità è definita come l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e 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 componente di organi di indirizzo politico (*art. 1 D.Lgs. n. 39/2013*).

In sede di prima applicazione, rispetto agli incarichi e i contratti stipulati in conformità alla normativa vigente prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 39/2013 (4 maggio 2013), le cause di incompatibilità non hanno effetto fino alla scadenza stabilita per tali incarichi e contratti.

Lo svolgimento degli incarichi in una delle situazioni di incompatibilità di seguito specificate comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio sopra citato. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni in caso di incompatibilità. 1 Gli incarichi dirigenziali esterni sono quelli attribuiti a ossia soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni).

Cause di Incompatibilità (articoli 9 e 12 D.Lgs. 39/2013)

Sono le seguenti:

- assunzione o mantenimento di incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Ente, se la funzione dirigenziale da svolgere è connessa all'esercizio di poteri di vigilanza o di controllo sulle attività svolte dai predetti enti;
- svolgimento in proprio di un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Ente;
- assunzione o mantenimento della carica di componente dell'organo di indirizzo dell'Ente;
- svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Ente;
- (art.12 D.Lgs. 39/2013)
- assunzione o mantenimento la carica di componente dell'organo di indirizzo dell'Ente (*comma 1*);
- assunzione della carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, o di parlamentare (*comma 2*);
- essere componente della giunta o del consiglio della regione interessata (*comma 3*);

- essere componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione (*comma 3*);
- essere presidente, amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione (*comma 3*);
- essere componente della giunta o del consiglio della regione (*comma 4*);
- essere componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (*comma 4*);
- essere componente di organi di indirizzo negli enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (*comma 4*).

Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage)

Pantouflage significa, letteralmente, “mettersi in ciabatte” e si riferisce ad una pratica che a livello di alti funzionari francesi, identifica coloro che, dopo aver ricevuto la formazione da dirigente pubblico, ottenevano un lavoro nel settore privato, vanificando gli investimenti effettuati.

La legge 190 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito dell’art. 53 del D.Lgs. 165/2001, volto a contenere il conflitto d’interesse emergente dall’impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, andando a disciplinare una situazione precedentemente non considerata.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa, abusando della propria posizione all’interno dell’amministrazione, artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose dell’amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l’impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

Siccome è molto difficile valutare il comportamento dei propri dipendenti una volta cessati, si ritiene che l’unico sistema disincentivante tali pratiche sia:

- inserire un’apposita clausola nel contratto di assunzione dei dipendenti che vieta quanto previsto dall’art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001;
- inserire apposite clausole nei contratti stipulati con i privati, dalle quali si evinca che alle dipendenze di essi non operano soggetti che contravvengono all’art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001.

La contromisura possibile è relativa all’inserimento di specifiche clausole contrattuali per i dipendenti e per le ditte partecipanti a procedure di gara presso l’Ente.

Altre criticità

Le altre situazioni generatrici di interessi secondari, quali i rapporti finanziari, i rapporti di amicizia e di grave inimicizia e le relazioni familiari/affettive, sono tutte prese in considerazione dal Codice di Comportamento, che prevede il dovere di comunicazione e di astensione da parte del pubblico dipendente, ai sensi del D.P.R. 16-4-2013 n. 62.

Whistleblowing

Il whistleblower è chi, nell’esercizio delle proprie mansioni, è testimone di un illecito o di un’irregolarità sul luogo di lavoro e decide di segnalarlo a una persona o un’autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Se si può discutere circa l’effettiva innovazione dell’istituto (l’obbligo di denuncia del fatto illecito da parte

dei pubblici dipendenti esisteva anche in precedenza), il nuovo articolo 54 bis del D.Lgs. 165/2001 ha il merito di porre l'accento sulla tutela del dipendente pubblico segnalante e sull'allargamento delle fattispecie segnalabili, che oggi possono configurare anche situazioni di pericolo e/o di inopportunità.

In questo senso, la regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni con l'adozione di modalità condivise (strumenti proposti dall'ANAC e/o altre soluzioni), fornisce uno strumento in più per l'emersione di conflitti d'interesse sommersi.

Ad oggi presso il nostro Istituto è implementata sia la modalità di segnalazione "cartacea" che informatica, per il tramite del portale di Transparency Italia.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE

(a cura Dott.ssa Claudia Storace e Dott. Alfonso Di Donato)



LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE

La conduzione di sperimentazioni cliniche (SC) nelle Aziende Sanitarie italiane costituisce un'area di particolare rischio corruttivo in considerazione del possibile conflitto tra gli interessi delle Aziende del settore Farmaceutico (Promotori-Sponsor) e il diritto alla tutela della salute dei pazienti.

In Italia le SC possono essere effettuate quasi esclusivamente presso strutture pubbliche che garantiscano i più alti livelli di qualità e capacità professionali e strumentali e solo a seguito dell'approvazione da parte del Competente Comitato Etico (CE) e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), garantendo così il massimo livello di tutela della salute dei soggetti partecipanti.

In Liguria opera un unico CE (Comitato Etico Regionale della Liguria), istituito e disciplinato con DGR n. 787 del 28/06/2013 e con DGR n. 890 del 19/07/2013, secondo quanto previsto dall'art. 77 della L. R. n. 41 del 7 Dicembre 2006 – modificato dalla L. R. n. 12 del 14/05/2013, quale organismo indipendente con il compito di tutelare diritti, sicurezza e benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela: in particolare il CE deve effettuare una valutazione etico-scientifica dello studio che comprende anche l'analisi circa la fattibilità locale della sperimentazione presso la struttura sanitaria.

Il CE Regionale ha sede presso l'IRCCS A.O.U. San Martino – IST, ove è anche ubicata la Segreteria dello stesso.

L'indipendenza del CE Regionale e dei suoi componenti deve essere garantita tanto rispetto agli eventuali interessi delle Aziende Farmaceutiche quanto nei confronti degli sperimentatori e delle Aziende Sanitarie coinvolte nelle SC, evitando possibili illegittime interferenze nell'esercizio delle sue funzioni.

Altrettanto sensibile alle problematiche della corruzione e della trasparenza è l'area di rischio legata all'influenza degli Sponsor sull'indipendenza scientifica del PI nella conduzione della SC, soprattutto rispetto alle problematiche legate ai compensi versati per l'esecuzione degli studi o a qualsiasi altra forma di supporto diretto/indiretto alla ricerca.

In questo senso il Consiglio Nazionale per la Bioetica già nel 2006 ha sottolineato che "È inevitabile che il mondo medico sia sensibile ai supporti economici che l'industria offre alla ricerca e/o all'aggiornamento professionale. Ovviamente, la gratitudine del medico nasconde un pericolo rilevante per l'indipendenza intellettuale del clinico. La scelta e la prescrizione dei farmaci (come quella dei test diagnostici o degli strumenti e delle apparecchiature) può essere largamente influenzata dallo stato d'animo del medico, che potrebbe essere indotto a preferire un medicamento ad un altro non per le caratteristiche farmacologiche o terapeutiche della molecola, ma per i rapporti che egli intrattiene o ha intrattenuto con una certa industria. Questa situazione, irta di pericoli – è stata paragonata al *ballo dei porcospini*, cioè ad una situazione nella

quale due parti sono obbligate a ballare insieme, senza però avvicinarsi troppo per il pericolo di ferirsi reciprocamente”.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- D.M. 15 Luglio 1997 “Recepimento delle linee guida dell’Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali”;
- D.Lgs. n. 211 del 24 Giugno 2003 “Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all’applicazione della buona pratica clinica nell’esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso umano”;
- D.M. 17 Dicembre 2004 “Prescrizioni e condizioni di carattere generale , relative all’esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell’assistenza sanitaria”;
- D.M. 12 Maggio 2006 “Requisiti minimi per l’Istituzione, l’organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali”;
- D. Lgs n. 200 del 6 Novembre 2007 “Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l’autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali”;
- D.M. 21 Dicembre 2007 “Modalità di inoltro della richiesta di autorizzazione all’Autorità Competente, per la comunicazione di emendamenti sostanziali e la dichiarazione di conclusione della sperimentazione clinica e per la richiesta di parere al Comitato Etico”;
- Determinazione AIFA del 20 Marzo 2008 “Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci”;
- L. n. 189 del 8 Novembre 2012 di conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 158 del 13 Settembre 2012 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;
- D.M. 8 Febbraio 2013 “Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici”;
- Regolamento UE n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano che abroga la direttiva 2001/20/CE.

LE PRINCIPALI CRITICITA’ APPLICATIVE RISCONTRATE

a) Conflitto di interessi dei componenti del CER

Ai sensi della normativa nazionale i componenti devono possedere qualifiche ed esperienze necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici, oltre ad avere documentata conoscenza ed esperienza nelle SC: è prevista una composizione minima individuata per qualifiche e aree di conoscenza.

L’indipendenza del CE deve essere garantita da:

- i) assenza di subordinazione gerarchica con le strutture sanitarie presso cui opera;

ii) presenza di un numero di minimo di componenti esterni (non vincolati da rapporti di lavoro dipendente, a tempo pieno, parziale o di consulenza, con le strutture sanitarie per le quali opera. Il Presidente è di regola un esterno alle strutture per cui opera il CE);

iii) presentazione con cadenza annuale della dichiarazione con cui i componenti si impegnano a non pronunciarsi su SC per le quali possa sussistere un conflitto di interessi diretto o indiretto (coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione delle SC, rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione, a qualsiasi titolo, con il PI o lo Sponsor)

iv) mancanza di cointeressenze di tipo economico-finanziario con gli Sponsor;

v) ulteriori eventuali regole di garanzia e incompatibilità previste dal Regolamento del CE;

L'assenza della subordinazione di cui al punto i) è necessaria soprattutto per i CE che sono istituiti da singole Istituzioni sanitarie.

Il CE Regionale, per sua stessa natura, garantisce di per sé l'assenza della subordinazione in questione: è istituito dalla Regione, ma opera esclusivamente rispetto a SC effettuate nelle strutture del SSR.

Il requisito di cui al punto ii) è stato spesso aggirato dai CE utilizzando interpretazioni poco restrittive del concetto di "rapporto di lavoro non dipendente".

Il CE Regionale, operando per tutte le strutture sanitarie del SSR, risulta composto nel pieno rispetto del dettato normativo.

A differenza di quanto previsto per il conflitto di interessi dei PI, la normativa non rinvia ad uno specifico modello di dichiarazione di cui al punto iii), lasciando libertà ai singoli CE nella predisposizione di tale documento.

Il CE Regionale ha adottato un modello di dichiarazione estremamente rigido prevedendo l'indicazione di numerose informazioni che potrebbero essere indice del possibile conflitto di interessi (comprendente anche di quanto indicato al punto iv): è stato elaborato un modello di dichiarazione molto simile a quello previsto dalla normativa per il conflitto di interessi del PI.

Questo modello può essere soggetto a controllo e a valutazione da parte di AIFA nel corso di ispezioni.

Per i Componenti del CE Regionale è poi prassi astenersi anche nei casi in cui sia il PI ad avere un rapporto di subordinazione gerarchica con il componente.

Rispetto ai requisiti di cui al punto v) si segnala l'assenza di ulteriori requisiti indicati nel Regolamento del CE.

b) Conflitto di interessi degli sperimentatori (PI)

La normativa nazionale (D.M. 17 Dicembre 2004 e D.M. 21 Dicembre 2007 -Appendice 15) prevede uno specifico modello di dichiarazione a cura del PI che deve essere presentato dallo Sponsor, anche nel caso di studi non finalizzati a scopi commerciali (SC no profit) e senza il quale non è possibile la valutazione del CE Regionale.

Si chiede al PI di indicare gli eventuali impieghi nell'industria farmaceutica negli ultimi 5 anni: le attività svolte (direttamente o indirettamente) per le ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare od occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali la partecipazione al processo decisionale all'interno di una ditta farmaceutica (per es., partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva), l'appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica (altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica

(per es., tirocinio) sono ugualmente soggette a dichiarazione) e il lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

Si chiede al PI di indicare altresì gli eventuali interessi finanziari nell'industria farmaceutica, altri rapporti con questa (ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 5 anni, comprendente o meno benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo: borse di studio o di ricerca istituite dall'industria, fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica), ovvero altri fatti o interessi che ritenga di dover portare a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del proprio nucleo familiare (i componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il/la compagno/a e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato).

Il PI si impegna altresì a fornire immediatamente una nuova dichiarazione non appena si dovessero verificare cambiamenti dello stato oggetto della precedente dichiarazione.

Il CE Regionale resta comunque libero di valutare l'eventuale presenza di conflitti di interessi: come già sottolineato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, il conflitto di interessi deve essere valutato come "condizione" e non come "comportamento".

c) Rapporti economici tra Promotori-Istituzioni Sanitarie e il contratto di sperimentazione clinica

La normativa italiana, al fine di garantire l'indipendenza del PI e la miglior tutela della salute del paziente, vieta qualsiasi accordo economico diretto tra Sponsor e PI, imponendo che tali accordi vengano stipulati solo con l'Istituzione sanitaria cui appartiene il PI.

Nel rilasciare il proprio parere il CE deve valutare l'adeguatezza del compenso previsto dal contratto di sperimentazione clinica, non limitandosi ad accertarne l'idoneità a coprire tutti i costi sostenuti dall'Istituzione sanitaria per l'esecuzione della SC, ma dovendo prendere in considerazione tutti gli aspetti, persino le modalità di erogazione e ogni altro emolumento di qualsiasi natura da corrispondere allo sperimentatore.

Spesso i contratti di sperimentazione clinica, negoziati utilizzando i modelli degli Sponsor, nascondono tra le numerose clausole (soprattutto se modelli di Sponsor provenienti da sistemi di *common law*) forme di finanziamento occulto e diretto ai PI (es. non congrui rimborsi per partecipazione a corsi di aggiornamento, a convegni, per attività di consulenza di varia natura). In altre occasioni, fuori dal e oltre il contratto, gli Sponsor possono proporre corrispettivi e/o rimborsi spese per la partecipazione a meeting che costituiscono altrettante possibili occasioni di violazione della normativa.

La Regione Liguria, già dal 2014, ha adottato il proprio schema di contratto per sperimentazione clinica, il cui testo, negoziato con Farindustria, deve considerarsi inderogabile: gli Sponsor e le Istituzioni sanitarie non possono proporre e accettare alcuna modifica/integrazione.

Attualmente solo sette Regioni hanno adottato un proprio schema di contratto e solo la Liguria e il Lazio hanno optato per un testo obbligatorio in ogni singola clausola, eliminando tutti i rischi che potrebbero derivare dall'impiego di schemi con l'indicazione di meri principi generali che lascino alle parti la facoltà di integrare i contenuti del testo.

Proprio sulla base della nuova versione del contratto della Regione Liguria il Ministero ha predisposto lo schema di contratto nazionale di prossima applicazione: questo testo, tra le altre importanti novità, contiene una formulazione della clausola in materia di anticorruzione che per la prima volta potrà essere accettata anche dagli Sponsor con sede legale in ordinamenti di origine anglosassone, sino ad oggi la criticità maggiore nella stipula dei contratti di sperimentazione clinica.

L'IRCCS A.O.U. San Martino – IST si è dotato di procedure specifiche per evitare che, nonostante il contratto, gli Sponsor possano effettuare ingiustificate e vietate elargizioni di emolumenti nei confronti dei PI: l'U.O.

Sviluppo Risorse Umane, con la collaborazione della Segreteria del CE Regionale, valuta che qualsiasi prestazione dei PI oggetto di corrispettivo/rimborso spese da parte di Sponsor e richiesta a personale dell'Istituto non rientri nella normale attività di gestione delle sperimentazioni cliniche, per la quale ogni forma di compenso deve essere originariamente prevista dal contratto o comunque liquidata direttamente all'IRCCS (es. partecipazioni a meeting di valutazione dell'andamento dello studio).

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

1. Adozione di idonee procedure per la verifica di eventuali situazioni di conflitto di interesse da parte dei Componenti del CE rispetto alle singole sperimentazioni valutate.

Il D.M. 08/02/13 (art. 3 – comma 2- Lett. c,d,e), impone l'obbligo per i Componenti di presentare specifica dichiarazione annuale, con l'impegno a non pronunciarsi su sperimentazioni cliniche rispetto a cui possa sussistere un conflitto di interesse (diretto/indiretto). Oltre alle situazioni di conflitto di interesse tipizzate dalla normativa, è consentito ai CE prevedere nei propri Regolamenti condizioni ancora più restrittive. Il CER Liguria non ha individuato nuove situazioni di possibile conflitto di interesse e impone ai Componenti il solo obbligo di fornire qualsiasi informazioni in merito alla modifica di quanto originariamente dichiarato. L'Istituto garantisce comunque il monitoraggio delle situazioni di possibile criticità: in occasione delle richieste di consulenza o prestazione occasionale presentata dalla Ditte rispetto ai Componenti o agli Sperimentatori, l'U.O. Risorse Umane ne valuta la legittimità accertando l'eventuale presenza di forme di pagamento non autorizzato.

2. Precisa individuazione dell'effettivo titolare del Promotore dello studio, soprattutto se si tratta di società con sede estera o in paesi a bassa fiscalità.

L'Istituto conclude contratti di Sperimentazione clinica con i Promotori/CRO in possesso dei requisiti richiesti per l'esecuzione e la gestione degli studi, così come risulta dalla documentazione presentata anche al CE e relativa alla certificazione dei requisiti richiesti dalla normativa applicabile. Il carattere sempre più internazionale degli studi ha portato anche all'internazionalizzazione dei Promotori/CRO.

3. Presenza di adeguato intervallo temporale tra finanziamento per la ricerca e conclusione di altri contratti onerosi tra Promotore ed Ente del SSN.

In considerazione del numero e della durata media delle Sperimentazioni cliniche condotte presso l'Istituto e della sostanziale coincidenza dei Promotori con le Case Farmaceutiche normalmente coinvolte nell'esecuzione dell'attività ordinaria dell'Istituto, l'indicazione appare di difficile attuazione concreta. L'assenza di eventuali ipotesi corruttive viene garantita per il tramite del CE, organismo indipendente e terzo rispetto all'Istituto, cui è demandato il compito di accertare l'adeguatezza e la congruità dei compensi previsti per l'esecuzione degli studi clinici.

4. Gestione Fondi Sperimentazioni. L'Istituto, secondo quanto previsto dal proprio Regolamento, riceve gli importi derivanti da attività di sperimentazione, accantonandoli in un fondo aziendale e provvedendo a liquidarli nel rispetto di quote prestabilite. Il Regolamento al momento non è stato adottato dall'Università degli studi di Genova e non risulta quindi applicabile agli studi a PI universitario: per queste sperimentazioni è tuttavia in vigore il vecchio Regolamento dell'ex A.U.O. San Martino, che prevede anch'esso il sistema delle quote fisse.

5. Rapporti tra attività istituzionale e gestione delle sperimentazioni cliniche.

Poiché la normativa applicabile in materia vieta la conduzione di sperimentazione cliniche in orario di servizio istituzionale, il Regolamento utilizza il criterio del "debito orario per corrispettivo". E' stata infatti definito l'importo corrispondente ad ogni ora di attività sperimentale, con il conseguente calcolo automatico del debito orario in capo ai partecipanti agli studi. L'elevato numero di sperimentazioni in corso rende impossibile calcolare in modo specifico l'effettivo tempo dedicato alla sperimentazione dai dipendenti dell'Istituto.

Nome

Cognome

Qualifica

Ente di appartenenza

1. Impiego nell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni ¹:
 - a. Elencare ogni eventuale interesse nell'industria farmaceutica (se necessario, utilizzare più moduli)
 - i.
2. Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:
 - a. Nome dell'industria:
 - b. Tipo di azioni:
 - c. Numero di azioni:
3. Altri rapporti con l'industria farmaceutica²:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
4. Altri interessi o fatti che si ritiene debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del proprio nucleo familiare (i componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il/la compagno/a e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato) *(non è necessario menzionare il nome di tali persone)*
 - a.
 - b.
 - c.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

Data.....

Firma

¹ Tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per le ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare od occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

1. partecipazione al processo decisionale all'interno di una ditta farmaceutica (per es., partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);
2. appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (per es., tirocinio) sono ugualmente soggette a dichiarazione;
3. lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

² Ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 5 anni, comprendente o meno benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo: borse di studio o di ricerca istituite dall'industria, fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

(a cura dott. Francesco De Nicola)



Si tratta di un ambito per il quale non esistono Linee Guida specifiche ed in cui la gestione delle attività conseguenti i decessi può essere affidata sia a strutture interne alle aziende sanitarie che, nella maggior parte dei casi, esternalizzata a Imprese private.

Prescindendo dalle considerazioni di ordine etico, gli interessi economici correlati a questa area di rischio sono rilevanti, a volte sottovalutati, e i controlli finalizzati a prevenire comportamenti illeciti sono, in parallelo, particolarmente importanti.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016

Come anticipato, non esistono Linee Guida specifiche che disciplinano questo ambito delicato e pur auspicando un necessario approfondimento normativo è necessario nel frattempo assicurare le modalità di gestione più appropriate a livello aziendale per la gestione delle problematiche correlate al decesso intraospedaliero e, comunque, alla gestione delle camere mortuarie.

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE RISCONTRATE

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

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

Stato di fatto in ambito regionale secondo i Piani triennali di prevenzione della corruzione 2016-2018 adottati da Asl e Aziende ospedaliere:

ASL 1	L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione esistenti con riserva in corso d'anno 2016 di prevedere misure aggiuntive o il potenziamento di quelle esistenti. Servizio gestito direttamente da Asl 1
ASL 2	L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione con riserva di integrazione e miglior definizione in corso d'anno 2016. Servizio parzialmente esternalizzato.
ASL 3	Al momento l'area di rischio relativa ai decessi non risulta trattata in quanto Asl 3 si è posta come obiettivo del nuovo PTPC la mappatura di tutti i processi/procedimenti.
ASL4	L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e come misura di contenimento del rischio è stata adottata una “ lista aperta” da consegnare ai parenti del defunto recante le indicazioni delle ditte disponibili con i relativi contatti. Servizio esternalizzato attualmente in proroga in attesa di aggiudicazione gara regionale
ASL 5	L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione già in essere
San Martino - IST	Al momento l'area di rischio relativa ai decessi non risulta trattata nel PTPC il quale prevede l'impegno in corso d'anno 2016 di costituire gruppi di lavoro differenziati per area di rischio.
E.O. Ospedali Galliera	L'area di rischio è stata prevista nel PTPC e ne sono stati indicati i rischi specifici e le misure di prevenzione. Servizio esternalizzato attualmente in proroga in attesa di aggiudicazione gara regionale
Ospedale Evangelico Internazionale	Applica D. Lgs 231/2001

La Centrale Regionale di Acquisto ha aggiudicato in via definitiva l'appalto relativo all'affidamento del servizio di gestione delle camere mortuarie dei presidi ospedalieri e delle R.S.A. Delle AA.SS.LL., EE.OO. E IRCCS della regione Liguria per un periodo di 96 mesi.

Per quanto qui rileva il capitolato tecnico dell'appalto prevede alcune condizioni contrattuali (es. art.9, comma 10, articoli 12, 16, 17 e 19) che, se integrate con un buon sistema di vigilanza e controllo nella fase esecutiva dell'appalto, può contribuire a rendere più efficaci le misure di prevenzione adottate per neutralizzare il rischio, in particolare per quei comportamenti che possono interferire sulla scelta dell'impresa di pompe funebri, agli obblighi di riservatezza, al rispetto della par condicio e alle responsabilità.

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Misure di prevenzione:

Strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

Interni:

1. rotazione del personale direttamente operante nelle attività
2. inserimento di specifiche regole di condotta nei codici di comportamento come ad esempio gli obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio

Esterni:

1. strumenti di controllo in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio
2. monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione

A tal fine rispetto ai rischi specifici previsti nell'aggiornamento 2015 al PNA si possono ipotizzare le seguenti misure di prevenzione:

- Previsione di una adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente *(nel nostro caso questa ipotesi potrebbe essere superata per l'obbligatorietà di adesione alla gara regionale da parte delle aziende ed enti del SSR).*
- Affissione presso le camere mortuarie dell'elenco e dei contatti delle imprese autorizzate ad effettuare il trasporto e le onoranze funebri.
- Consentire gli accessi presso le camere mortuarie alle sole imprese munite di formale incarico da parte dei parenti del defunto
- informativa alle strutture ospedaliere al fine di consentire al personale di reparto di poter fornire le corrette informazioni ai parenti dei defunti anche mediante consegna dell'elenco delle ditte di cui sopra.
- Direttiva interna al personale di reparto volta a richiamare gli obblighi di riservatezza e le conseguenti responsabilità in caso di violazione delle stesse, precisando in particolare le disposizioni del Codice di comportamento per quanto attiene i divieti di cui all'art.4 (regali, compensi e altre utilità), art. 12 (rapporti con il pubblico), art.16 (responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice). Nulla vieta che i codici di comportamento aziendali possano essere integrati con clausole specifiche)

QUESTIONI APERTE

Potrebbe essere utile Implementare un sistema condiviso di verifica e controllo con eventuali sanzioni in caso di violazione per la fase di esecuzione del contratto a seguito dell'aggiudicazione della gara regionale. Nel sistema potrebbero confluire le misure di prevenzione della corruzione

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO AREA DI RISCHIO INCOMPATIBILITA' ED INCONFERIBILITA' DEGLI INCARICHI

(a cura Dr. Claudio Berri)



ISTITUTO GIANNINA GASLINI
Istituto Pediatrico di Ricovero e Cura a carattere Scientifico

Con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, in attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190 del 2012, il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

Le innovazioni della legislazione anticorruzione (l. 190/2012 e d.lgs. 39/2013) hanno per oggetto da un lato la modifica del regime di incompatibilità dei dipendenti pubblici, dall'altro l'introduzione di un nuovo regime delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi.

Il D.lgs. 39/2013 al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, situazioni contrastanti con il principio costituzionale di imparzialità, prevede e disciplina una serie articolata e minuziosa di cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi:

- incarichi amministrativi di vertice;
- incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle PP.AA. e negli enti di diritto privato in controllo pubblico;
- incarichi di amministratore di enti di diritto privato in controllo pubblico.
- gli art. prevedono una speciale disciplina per le Aziende Sanitarie

La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è affidata al RPC di ciascuna amministrazione pubblica e all'Anac.

Il RPC è dunque il soggetto a cui la legge riconosce il potere di avvio del procedimento, di accertamento e di verifica della sussistenza della situazione di inconferibilità, di dichiarazione della nullità dell'incarico, nonché il successivo potere sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile.

La vigilanza sul rispetto da parte di amministrazioni pubbliche, degli enti pubblici e degli enti di diritto privato in controllo pubblico, della normativa contenuta nel D.lgs. n. 39/2013 è affidata all'ANAC, che, in base a quanto previsto dall'art. 16 del citato decreto, come modificato dall'art. 54-ter, comma 1, del D.L. n. 69/2013, convertito dalla L. n. 98 del 2013, esercita anche poteri ispettivi e di accertamento di singole fattispecie di conferimento degli incarichi, segnalando le relative responsabilità amministrative alla Corte dei conti.

In base all'art. 1, comma 2, lett. g), per **inconferibilità** deve intendersi la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per

i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico. Le situazioni di inconferibilità configurano, pertanto, condizioni ostative al conferimento di determinati incarichi, riconducibili essenzialmente al pregresso svolgimento di cariche politiche o incarichi di vertice, comunque superabile mediante il decorso di un periodo di “raffreddamento” di uno o due anni, a seconda dei casi. Obiettivo del legislatore in questi casi è quello di evitare che, proprio in ragione della carica ricoperta, l'interessato possa preconstituirsì una situazione di favore per l'attribuzione di un nuovo incarico di carattere amministrativo, rivolgendo quindi l'esercizio della pubblica funzione a vantaggio proprio e non della pubblica amministrazione.

La lett. h) del comma 2 dell'art. 1 identifica l'**incompatibilità** con l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico. In questi casi non sussiste, quindi, una preclusione assoluta all'assunzione dell'incarico, in quanto l'interessato può esercitare un diritto di opzione che tende a rimuovere la situazione favorevole per lo sviluppo di fenomeni di corruzione, ma si tende ad evitare la coincidenza nello stesso soggetto di ruoli di vigilanza e gestione della medesima attività.

La permanenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità non è, quindi, tollerata dalla nuova disciplina che prevede meccanismi immediati di adeguamento in caso di violazione, stabilendo la nullità per gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del decreto (art. 17) e la decadenza dall'incarico con risoluzione del contratto, di lavoro dipendente o autonomo, per i casi di incompatibilità decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato fatta dal responsabile della corruzione (art. 19). Ma il legislatore in questo caso è andato oltre, configurando anche una responsabilità a carico degli organi politici che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli, sanzionandoli per le conseguenze economiche degli atti adottati e prevedendo anche l'esercizio di un potere sostitutivo di nomina nel caso in cui la violazione sia stata commessa da organi di indirizzo politico di amministrazioni centrali o di enti nazionali (art. 18).

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016: PNA 2016;
- D.lgs. N. 97 del 25/5/2016
- D.lgs. 165/2001 in materia di pubblico impiego che ribadisce il principio di esclusività dei pubblici dipendenti
- L.190/2012 : Legge anticorruzione è la legge delega;
- d.lgs. 39/2013 in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nelle ppaa , emanato in attuazione dell'art. 1 c. 49 e 50 della L. 190/2012;
- Delibera 46/2013 Civit in materia di efficacia nel tempo delle disposizioni del Decreto (la nuova disciplina è di immediata applicazione, posto che il d.lgs. n. 39/2013 non pone alcun problema di retroattività e, conseguentemente, di violazione dell'invocato principio *tempus regit actum*. E' stato ritenuto che le norme del decreto e, in particolare, gli artt. da 4 a 8, non incidano sulla validità del

preesistente atto di conferimento degli incarichi, mentre ben può la legge sopravvenuta disciplinare ipotesi di incompatibilità tra incarichi e cariche, con il conseguente obbligo di eliminare la situazione divenuta *contra legem* attraverso apposita procedura)

- Delibera n. 58/ 2013 in cui viene precisato, con specifico riferimento all'applicabilità della normativa in oggetto al settore sanitario, che le cause di inconferibilità e incompatibilità previste genericamente per gli incarichi dirigenziali di cui al D.Lgs. n. 39/2013 si applicano:
 - a tutte le strutture preposte all'organizzazione e all'erogazione dei servizi sanitari e quindi alle Aziende Sanitarie, alle Aziende Ospedaliere e agli I.R.C.C.S.;
 - a tutti gli incarichi dirigenziali di Direttore di Distretto, di Dipartimento e di Presidio, di Direttore di Struttura Complessa e di Responsabile di struttura semplice dipartimentale, escluso il caso di struttura semplice inserita in struttura complessa;
- Delibera ANAC 149/2014 in base alla quale, per le aziende sanitarie il D.Lgs. 39/2013 deve intendersi applicabile solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, amministrativo e sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190/2012, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
- Deliberazione Istituto Gaslini n. 125/2014 avente ad oggetto "adempimento degli obblighi derivanti dalla legge n. 190/2012 – presa d'atto cause di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013 e adozione modello di dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi ex art. 20 D.Lgs. 39/2013" con contestuale individuazione dei soggetti tenuti a rendere la dichiarazione ed approvazione di modulistica interna;
- Determinazione ANAC 28.10.2015, n. 12 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, nel quale – alla sezione 2.1.2. delle "Aree di rischio specifiche" – vengono sollecitate azioni migliorative in riferimento a incarichi e nomine. Ribadisce anche che il D.Lgs. 39/2013 si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo (e scientifico ndr.)
- Linee Guida Anac in consultazione maggio 2016
- PNAC 2016 in consultazione

LE PRINCIPALI CRITICITA' APPLICATIVE RISCONTRATE

- a) la necessità di attente verifiche sulle dichiarazioni rese dagli interessati all'atto della nomina, sull'insussistenza delle cause di inconferibilità o di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013, nonché delle eventuali condanne subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione al fine di consentire al RPC, chiamato a operare la verifica sulle dichiarazioni medesime, una più agevole indagine sull'elemento psicologico del dolo o della colpa lieve in capo all'organo conferente
- b) enti controllati e/o a partecipazione pubblica: valutazione in ordine alla distinzione tra "organi di indirizzo politico" e "organi di gestione" ove alcune figure rientrano nell'una piuttosto che nell'altra categoria a seconda della presenza o meno di compiti operativi o deleghe

- c) procedura sanzionatoria in caso di accertamento della insussistenza della incompatibilità/inconferibilità

CONFRONTO TRA LE DIVERSE SOLUZIONI ADOTTATE DALLE AZIENDE SANITARIE LIGURI

L'area di rischio è stata prevista nel piano PTCP di ciascun Ente e sono stati assolti gli adempimenti in materia di trasparenza, ovvero di pubblicazione sul sito aziendale delle dichiarazioni in ordine alla cause di incompatibilità ex art. 20 Legge 190/2012.

E' stata data diversa applicazione della Delibera ANAC 149/2014, che identifica solo nelle figure apicali (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario) i destinatari della dichiarazione di insussistenza di incompatibilità per le aziende sanitarie.

ASL 3, ASL 5, Ospedali Galliera: dando piena applicazione della suddetta Delibera, raccolgono le dichiarazioni solo fino all'anno 2014

ASL 1, ASL 2, ASL 4, IST-S. Martino, Istituto Gaslini: prevedono ipotesi conservative del previgente obbligo

PROPOSTA DI APPLICAZIONE UNIFORME E COERENTE A LIVELLO REGIONALE

Si evidenzia l'opportunità di addivenire ad una interpretazione univoca della Delibera 149/2014 e, conseguentemente, di condividerne le modalità di applicazione, anche con l'individuazione di una modulistica uniforme.

QUESTIONI APERTE

- a) Interpretazione univoca Delibera 149/2014
- b) Procedura sanzionatoria (sanzione inibitoria ex art. 18 d.lgs. 39/2013) di competenza del RPC ed eventuali conseguenze (in tema di responsabilità disciplinari, amministrative o penali) in capo al RPC stesso in caso dell'esercizio del potere di ordine da parte dell'ANAC
- c) Incarichi ad interim o di facente funzioni
- d) Accertamento della incompatibilità in ordine alla nomina presso Enti controllati (discrimine tra organi di indirizzo politico e organi di gestione)
- e) Verifica situazioni di incompatibilità/inconferibilità in capo ad organi nominati da Enti terzi (Direttore Generale delle Asl di nomina regionale, membri del CDA Gaslini nominati da Ministero, Regione, Comune, Università).

ANALISI COMPARATIVA TRA LA LEGGE 190/2012 e s. m. i. E IL D. lgs 231/2001

(a cura Dott.ssa Sabrina Nattero)



In data 8 giugno 2001 è stato emanato - in esecuzione della delega di cui all'art. 11 della Legge 29 settembre 2000 n. 300 - il Decreto legislativo n. 231, entrato in vigore il 4 luglio successivo, al fine di adeguare la normativa interna in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune Convenzioni internazionali a cui l'Italia aveva già da tempo aderito, quali la Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee, la Convenzione - anch'essa firmata a Bruxelles il 26 maggio 1997 - sulla lotta alla corruzione nella quale sono coinvolti funzionari della Comunità Europea o degli Stati membri e la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche e internazionali.

Con tale decreto, dal titolo "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica", è stato introdotto nell'ordinamento italiano un regime di responsabilità amministrativa, riferibile sostanzialmente alla responsabilità penale, a carico degli enti (da intendersi come società, consorzi, etc.) per alcuni reati commessi, nell'interesse o a vantaggio degli stessi:

- da persone fisiche che rivestano funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione degli enti stessi o di una loro unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone fisiche che esercitino, anche di fatto, la gestione e il controllo degli enti medesimi (ad esempio, amministratori e direttori generali);
- da persone fisiche sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati (ad esempio, dipendenti non dirigenti).

Tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto. L'ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere nella sanzione di taluni illeciti penali gli enti che abbiano tratto vantaggio dalla commissione del reato. Per tutti gli illeciti commessi è sempre prevista l'applicazione di una sanzione pecuniaria, mentre per i casi più gravi sono previste anche misure interdittive quali la sospensione o revoca di licenze e concessioni, il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, l'interdizione dall'esercizio dell'attività, l'esclusione o la revoca di finanziamenti e contributi, il divieto di pubblicizzare beni e servizi.

Il D.Lgs. 231/01 ha introdotto nell'ordinamento italiano la responsabilità amministrativa degli enti per alcune tipologie di reato, qualora questi siano stati commessi da:

- Soggetti in posizione apicale (ovvero, aventi funzioni di rappresentanza, di amministrazione e di direzione dell'ente)
- Soggetti sottoposti all'altrui direzione o vigilanza, nell'interesse o a vantaggio degli enti stessi.

Il D.Lgs. 231/01 individua, come esimente dalla responsabilità amministrativa dell'ente, la capacità della Società di dimostrare di aver adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la commissione dei reati contemplati dal decreto medesimo.

Qualora venga perpetrato un reato contemplato dal D.Lgs. 231/01 e la Società non possa dimostrare di aver adottato ed efficacemente attuato il modello di organizzazione, gestione e controllo si espone al rischio di essere destinataria di sanzioni di natura pecuniaria e interdittiva.

In relazione al contesto normativo precedentemente descritto, l'Ospedale Evangelico Internazionale ha provveduto a:

- 1 Adottare ed attuare un proprio modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/01;
- 2 Istituire un Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01, deputato a vigilare sull'osservanza, funzionamento ed aggiornamento del modello implementato.

Importante è sottolineare che sussiste in capo all'ente una presunzione di responsabilità dovuta al fatto che i soggetti apicali esprimono e rappresentano la politica e quindi la volontà dell'ente stesso. Tale presunzione può essere superata se l'ente riesce a dimostrare la sussistenza delle seguenti quattro condizioni:

- l'organo dirigente dell'ente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- il compito di vigilare sul funzionamento, sull'efficacia e l'osservanza dei modelli nonché di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;
- le persone che hanno commesso il reato hanno agito eludendo fraudolentemente i suddetti modelli di organizzazione e gestione;
- non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo preposto (di cui alla precedente lett. b)).

Di conseguenza, Il D.Lgs. 231/01 attribuisce, per quanto concerne la responsabilità degli enti, un valore discriminante ai modelli di organizzazione, gestione e controllo nella misura in cui questi ultimi risultino idonei a prevenire i reati di cui al D.Lgs. 231/01 e, al contempo, vengano adottati ed efficacemente attuati da parte dell'organo dirigente.

L'articolo 7 del D.Lgs. 231/01 stabilisce la responsabilità amministrativa dell'ente per i reati di soggetti sottoposti, se la loro commissione è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza. Tale inosservanza è in ogni caso esclusa se l'Ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

La tabella seguente mette a confronto il modello di prevenzione della corruzione previsto dalla L. 190/2012 con il modello di organizzazione, gestione e controllo del D.lgs. 231/2001.

Tematica di confronto	Modello di prevenzione della corruzione ex legge 190/2012	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs 231/2001 (MOG 231)	Punti di contatto
<i>Obbligatorietà</i>	L'adozione del Modello di Prevenzione della Corruzione è obbligatorio in quanto esplicitamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato da A.N.AC (ex CIVIT) in attuazione della Legge 190/12	L'adozione del MOG 231 non è esplicitamente obbligatoria ma è necessaria qualora l'azienda dovesse essere indagata in sede penale per un illecito commesso dai vertici aziendali o da un proprio dipendente o da chi ha agito in nome e per conto della società.	

<i>Vigilanza sul Modello</i>	Sono previste due nomine: - Responsabile delle Prevenzione della Corruzione - Responsabile per la Trasparenza e per l'Integrità Il Responsabile è un soggetto apicale della società ed è operativo.	E' prevista la nomina dell'Organismo di Vigilanza (monocratico o collegiale). I componenti devono garantire indipendenza, autonomia, professionalità e continuità d'azione in base al principio che il controllato non deve essere il controllore di se stesso e pertanto i componenti dell'OdV non devono essere operativi nell'organizzazione aziendale. Lo stesso Organismo risponde direttamente al Consiglio d'Amministrazione.	Come da normativa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può essere un componente dell'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01 ma solo per le questioni riguardanti tematiche legate alla corruzione con la Pubblica Amministrazione.
<i>Protezione</i>	Il Modello ha esclusivamente la funzione di prevenire i comportamenti illeciti di corruzione attiva e passiva. Non è uno strumento di tutela per la società. La responsabilità ultima della sua applicazione a livello sanzionatorio ricade sul Responsabile di Prevenzione della Corruzione	Il MOG 231 e la nomina contestuale dell'Organismo di Vigilanza tutelano esclusivamente la persona giuridica e non la persona fisica che ha ideato/compresso il reato. Il MOG 231 ha una funzione sia di prevenzione ma anche di tutela della società qualora quest'ultima fosse chiamata in giudizio per una presunta colpa organizzativa di quanto è successo.	Per entrambi gli ambiti normativi rimane fermo che la persona fisica che ha commesso l'illecito ne risponda personalmente in sede penale.
<i>Reati coinvolti</i>	Corruzione attiva e passiva nell'ambito della pubblica amministrazione	Tutti i reati contemplati direttamente dal D.Lgs 231/01 (circa 18 famiglie di reato)	Solo la fattispecie di reato di corruzione attiva con la Pubblica Amministrazione nell'ambito della Legge 190/12 è richiamata dal D.Lgs. 231/01
<i>Vantaggio dalla commissione del reato</i>	Non importa che l'illecito abbia arrecato un concreto vantaggio alla società o che sia stato promosso nel suo interesse.	La commissione dell'illecito deve essere stata effettuata nell'interesse o aver comportato un vantaggio alla società.	
<i>Natura sanzioni</i>	La mancata adozione o funzionamento del Modello prevede sanzioni applicabili sulle persone fisiche come il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.	Le sanzioni previste dalla normativa sono applicabili esclusivamente alla persona giuridica. (Sanzioni di natura pecuniaria, interdittive, confisca e pubblicazione della sentenza)	Per tutte e due gli ambiti normativi rimane fermo che la persona fisica che ha commesso l'illecito ne risponda personalmente in sede penale.

<i>Sistema Disciplinare del Modello</i>	Prevede un sistema disciplinare applicabile alle persone fisiche tenute al rispetto del Modello	Prevede un sistema disciplinare applicabile alle persone fisiche tenute al rispetto del MOG 231	
<i>Formazione</i>	Obbligatorietà della formazione sul Modello	Obbligatorietà della formazione sul MOG 231	
<i>Codice Comportamentale</i>	Adozione obbligatoria (richiesta la Piano Nazionale Anticorruzione) di un Codice Comportamentale adatto e specifico sulle tematiche di corruzione attiva e passiva ispirandosi alle Linee Guida di A.N.AC.	Adozione non obbligatoria ma necessaria del Codice Etico per rafforzare l'implementazione del MOG 231. Deve essere adeguato in relazione a tutti i reati richiamati dal D.Lgs. 231/01 alla quale la società è oggettivamente sensibile.	
<i>Mappatura delle attività aziendali e presidio operativo</i>	Da normativa richiede la mappatura di tutte le attività aziendali in cui ci potrebbe essere occasione di commissione del reato (solo per la corruzione attiva e passiva in ambito della Pubblica Amministrazione). La normativa indica comunque quali sarebbero le attività aziendali a maggior rischio (come per esempio la gestione risorse umane, aggiudicazione gare, provvedimenti ampliativi della sfera giuridica a soggetti terzi con vantaggi economici diretti e indiretti).	Da normativa è richiesta la mappatura di tutte le attività aziendali in relazione alle 18 famiglie di reati richiamati dal D.Lgs. 231/01.	Alcuni ambiti di indagine ai sensi della D.Lgs. 231/01 sono replicabili anche nell' ambito del Modello di Prevenzione della Corruzione

ELEMENTI CARATTERIZZANTI	MODELLO PNA	MODELLO 231	NOTE
Logica di prevenzione della responsabilità	Sì	Sì	Elemento di novità del PNA è la strategia di prevenzione della corruzione nella P.A. Rispetto al d.lgs. n°231/2001, la legge 190/2012 ha incluso tra i destinatari anche gli enti pubblici non economici che non erano destinatari del d.lgs. n°231/2001 e gli enti pubblici economici (zona franca di cui godevano

			gli enti pubblici non economici)
Responsabilità per l'ente/società	No (responsabilità di tipo erariale, eventualmente civile, disciplinare, dirigenziale-impossibilità di rinnovo dell'incarico, revoca dell'incarico, recesso dal rapporto di lavoro)	Sì (responsabilità di tipo amministrativo per l'ente e responsabilità penale per la persona fisica che commette il reato)	Nel caso di perpetrazione del reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, ai sensi del Pna risponde il responsabile anticorruzione.
Prova liberatoria	Sì	Sì	Il responsabile anticorruzione non risponde nel caso di adozione ed efficace attuazione del Piano triennale anticorruzione (PTA)
Utilizzo del modello organizzativo quale variabile strategica in chiave preventiva	Sì	Sì, modello facoltativo per l'ente. Insieme di regole e procedure previste e attuate in concreto per un'organizzazione e gestione dell'ente finalizzate alla prevenzione dei reati presupposto.	Il responsabile anticorruzione non risponde laddove abbia predisposto ed efficacemente attuato un piano anticorruzione idoneo
Elusione fraudolenta	Sì	Sì	Perché sia esente da responsabilità, deve sussistere l'elusione fraudolenta da parte del dipendente pubblico autore del reato corruttivo del PTA
Reati presupposto	No (previsione dell'esclusiva commissione del reato di corruzione)	Sì (tutti i reati previsti dalla sezione III capo I del d.lgs. n°231/2001). Il modello 231 delle società private a partecipazione pubblica ha un'estensione ampia e riguarda molte tipologie di reato: ambientali, in tema di	[1]

		salute e sicurezza sul lavoro, reati societari.	
Carattere definitivo della sentenza	Sì (perché si configuri la responsabilità del responsabile anticorruzione è necessaria una sentenza passata in giudicato che accerti il reato di corruzione all'interno dell'amministrazione) Visti i tempi dei procedimenti penali, è facile attendersi che il giudizio dinanzi alla Corte dei conti o la sanzione disciplinare segua di molto l'accertamento del reato corruttivo- implicazioni prescrizione danno erariale	No (Non è necessaria una sentenza passata in giudicato) Sanzione per l'ente quasi contestuale o immediatamente successiva alla commissione del reato presupposto	Il diverso regime si traduce in una diversità di accertamento procedurale. L'accertamento della responsabilità dell'ente è praticamente contestuale all'accertamento della responsabilità penale. Il sistema anticorruzione invece, è necessariamente successivo: occorre una sentenza passata in giudicato
Soggetti che impegnano la responsabilità dell'ente	Qualunque intraneus all'apparato amministrativo, commettendo un reato corruttivo è in grado di impegnare la responsabilità del RA	Persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso- persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui sopra	
Soggetto sanzionato	Il responsabile anticorruzione individuato tra i dirigenti amministrativi di prima fascia in servizio		

Organo competente a irrogare le sanzioni e la natura delle sanzioni irrogate	Autorità amministrativa (per sanzioni disciplinari e responsabilità dirigenziale) e Corte dei conti nel sistema anticorruzione. Illecito di natura erariale e disciplinare	Giudice penale. Illecito di natura penale -sanzioni pecuniarie e interdittive; in caso di condanna è sempre prevista la confisca del prezzo o del profitto di reato e qualora venga applicata una sanzione interdittiva , può essere disposta la pubblicazione della sentenza. Particolare rilievo rivestono le sanzioni interdittive come l'interdizione dall'esercizio dell'attività, sospensione o revoca di autorizzazioni, licenze e concessioni, divieto di contrattare con la P.A., esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi	
Elemento dell'interesse o vantaggio	No (nel sistema anticorruzione interesse o vantaggio non sono elementi costitutivi della responsabilità del RA)	Sì (nel sistema 231 apicali e controllati possono far scattare la responsabilità dell'ente se il reato è commesso nell'interesse o vantaggio dell'ente medesimo)	
Elemento della trasparenza come valore autonomo	Sì (grande rilievo assunto dalla trasparenza quale antidoto alla corruzione)	NO (non è uno degli elementi cruciali dell'apparato normativo ex d.lgs. n°231/2001)	
Attività di mappatura dei rischi che concernono l'attività dell'ente	Sì (valutazione rischio corruzione uffici PA)	Sì (Attività di risk assessment)	
Definizione di protocolli e procedure specifici di prevenzione	Sì	Sì (il modello organizzativo deve contenere protocolli e procedure specifici e concreti, nonché previsioni specifiche, procedure esattamente determinate e determinabili, regole individuate funzionalmente dirette a garantire il conseguimento di risultati precisi)	

Sanzioni disciplinari nei cfr. dei dipendenti, amministratori, direttori generali che non abbiano saputo individuare violazioni del modello	Sì	Sì	
Previsione di un Organismo di Vigilanza e conseguente obbligo di riferire a tale organo notizie rilevanti relative alla vita dell'ente e all'eventuale consumazione dei reati	No (Individuazione di un responsabile della prevenzione)	Sì	
Previsione di cicli di formazione sulle regole del modello che sia differenziata tra i dipendenti	Sì	Sì (formazione specifica in relazione alle aree di rischio, all'organo di vigilanza e ai preposti al controllo interno)	

[1] La circolare della Presidenza del Consiglio specifica che la normativa anticorruzione si applica all'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal titolo II, Capo II del codice penale. Secondo il principio di tassatività, i reati presupposto per cui poter muovere l'addebito al responsabile anticorruzione dovrebbero essere solo quelli espressamente previsti dalla legge n. 190 e dunque alle fattispecie penali indicate dalla Convenzione Onu sulla corruzione

PROPOSTA DI MODULISTICA STANDARD PER LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LIGURIA

(a cura del Gruppo di Lavoro)

Nella convinzione che la facilitazione dell'applicazione coerente delle norme passa anche per una standardizzazione della modulistica utilizzata dalle varie Aziende sanitarie (aspetto che solo superficialmente può apparire formale) in questa sezione è stata raccolta la modulistica essenziale da utilizzare per l'applicazione dei principali strumenti operativi in materia di trasparenza e per il contrasto alla corruzione. Nel corso degli incontri sono state condivise conoscenze, pratiche ed esperienze formatesi in questi primi anni di applicazione delle politiche e delle norme ex L. n. 190/2012 e s. m. i., al fine di favorire un percorso, il più possibile, comune ed omogeneo.

I documenti proposti presentano i contenuti minimi previsti dalla normativa vigente:

- L. 7/8/1990 n. 241 (diritto di accesso)
- D. Lgs. 30/3/2001, n. 165 (conflitto di interesse e whistleblowing)
- D. Lgs. 14/3/2013, n.33 (trasparenza, accesso civico, accesso civico rinforzato)
- D. Lgs. 8 /4/2013, n. 39 (inconferibilità, incompatibilità incarichi presso p.a.)
- D. Lgs. 18/4/2016, n. 50 (obblighi componenti commissioni di gara in appalti pubblici)

La tabella sottostante riepiloga i moduli che sono stati presi in considerazione dal Gruppo di Lavoro e che sono riprodotti singolarmente nell'appendice di questo rapporto.

Naturalmente i moduli possono essere integrati e personalizzati in ragione di eventuali peculiarità delle procedure o dell'organizzazione dei singoli Enti.

N.	DICHIARAZIONI/ATTESTAZIONI	NORMA DI LEGGE	DESTINATARI
1	dichiarazione insussistenza cause di incompatibilità inconferibilità	art 20 D. lgs n. 39/2016	dirigenti
2	Dichiarazione insussistenza conflitti di interesse	art. 6-bis L. n. 241/1990 e 6 D.P. R. N. 62/2013	dipendenti
3	Dichiarazione relativa all'obbligo di astensione	art 7 D.P.R. n. 62/2013	dipendenti
4	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse	art. 53 comma 14 D. lgs n. 165/2001	consulenti
5	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse	da richiedere al professionista ai fini dell'attestazione di cui al punto 4	Consulenti
6	Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	art. 15 comma 1 lettera c) D.l gs n.33/2013	Consulenti (anche per DG - DS- DA)

7	Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa alla funzione di componente di commissione di gara	art. 15 comma 1 lettera c) D.lgs n.33/2013; art. 53 comma 14 D.lgs n. 165/2001, art. 15 D.lgs n. 33/2013; artt. 42 e 77, c. 4,5,6 D.Lgs. 50/2016	Componenti Commissioni gara
8	Diritto di accesso	L.n. 241/1990 artt. 22 e segg.	Cittadini
9	Diritto di accesso. Richiesta di intervento del titolare del potere sostitutivo	art. 2 comma 9-bis L.n. 241/1990	Cittadini
10	Diritto di accesso civico	art. 5 comma 1 D.lgs n. 33/2013	Cittadini
11	Diritto di accesso civico rinforzato	art. 5 comma 2 D.lgs n. 33/2013	Cittadini
12	Richiesta a RPCT del diniego all'accesso civico	art 5 comma 7 D.lgs n 33/2013	Cittadini
13	Whistleblower Segnalazione condotte illecite	art 54-bis D.lgs 165/2001	Dipendenti
14	Whistleblower Segnalazione di misure discriminatorie	art 54-bis D.lgs 165/2001	Dipendenti
15	Dichiarazione assenza conflitto di interesse nell'ambito delle sponsorizzazioni formative	PNA (pagg. 2016: pagg. 85, 86)	Dipendenti
16	Dichiarazioni sulla situazione reddituale e patrimoniale	art. 2, 3 e 4 della L. n. 441/1982	Incarichi politici e dirigenziali

RIFLESSIONI SULLA FIGURA E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

(a cura del Gruppo di Lavoro)

L'approvazione della legge 6 novembre 2012 n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", rappresenta il primo tentativo sistematico di avviare un processo di sensibilizzazione della pubblica amministrazione al rispetto della legalità oltre che alla previsione di strumenti di prevenzione volti ad impedire o, quantomeno, ridurre il fenomeno della corruzione, sia implementando il regime sanzionatorio alle vigenti fattispecie criminose, sia prevedendo nuove ipotesi di reato, tra cui l'art. 319 quater C.P. "Induzione indebita a dare o promettere utilità" e l'art. 346 bis C.P., rubricato "Traffico di influenze illecite".

La legge anticorruzione, in vigore dal 28 novembre 2012, oltre a conferire al Governo delega al riordino di alcune discipline in materia di pubblicità e trasparenza, di determinazione di illeciti e dei termini dei procedimenti, di codice di comportamento dei dipendenti della P.A. e dell'individuazione dei divieti di autorizzazione ad incarichi esterni, stabilisce che ogni amministrazione deve approvare un piano triennale di prevenzione della corruzione che valuta il livello di esposizione degli uffici al rischio e indica gli interventi organizzativi necessari per minimizzarlo, tra i quali la formazione e la rotazione delle posizioni dirigenziali maggiormente esposte.

Il compito della redazione e della verifica dell'attuazione di detto piano è attribuita ad un Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), previsto dall'art. 1 comma 7 della L. 190/2012, che risponde delle proprie inadempienze sia sotto il profilo disciplinare che per danno erariale, nonché per danno all'immagine della pubblica amministrazione che lo ha nominato.

COMPITI E FUNZIONI DEL RPC

Il RPC è figura centrale del sistema di trattamento del rischio di corruzione. A tale figura la normativa assegna alcuni importanti compiti il cui corretto assolvimento permette di rafforzare l'efficacia del sistema di controllo preventivo.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione costituisce il riferimento aziendale per tutti gli adempimenti connessi all'applicazione della Legge n. 190/2012 e s.m.i., che assegna al medesimo i compiti indicati nella Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 e quelli di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi (art. 1 L. n. 190/2012 e art. 15 d.lgs. n. 39/2013 e s. m. i.). In particolare:

a) ai sensi della legge 190/2012:

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione,
- definisce le priorità di trattamento dei rischi,
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione,

- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità,
 - propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione,
 - verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione,
 - entro la data stabilita dall'ANAC, pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta (art. 1, comma 14, L. 190/2012),
 - riferisce sull'attività alla Direzione Generale su richiesta di quest'ultima e ogniqualvolta ne ravvisi l'opportunità;
- b) ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 e s.m.i. e dell'intesa in sede di Conferenza unificata Stato – Regioni del 24 luglio 2013:**
- cura che nell'azienda siano rispettate le disposizioni della normativa vigente in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi,
 - contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo e s. m. i.,
 - segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L. 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo e s. m. i.;
- c) ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013:**
- cura la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento, il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

Prerogative del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Per l'espletamento dei suoi compiti, il RPC è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità,
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni,
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda;

Obblighi di informazione nei confronti del RPC

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al RPC di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al RPC di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'Ente per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale,

- atti di contestazione di illeciti disciplinari, provvedimenti di applicazione/archiviazione della sanzione e relative motivazioni,
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo,
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti,
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale,
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto,
- adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi,
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti,
- rilievi del Collegio Sindacale,
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione,
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi,
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo,
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'Ente nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso lo stesso;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'Ente sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

L'esperienza maturata nei quasi quattro anni trascorsi dall'innovazione legislativa ci consente di fare una panoramica sul ruolo che il RPC ha assunto nelle organizzazioni, sulle criticità riscontrate ma anche sulle opportunità che si possono cogliere.

CRITICITA'

La sensazione che emerge ascoltando coloro che sono stati individuati in questo ruolo è quella dell'**isolamento**. Come ha sostenuto ANAC, spesso la nomina del RPC è stata effettuata per corrispondere ad un mero adempimento burocratico e, altrettanto spesso, i RPC così nominati hanno predisposto piani triennali formalmente ineccepibili, ma poco rispondenti ai bisogni reali degli enti.

In parte ciò è comprensibile, in quanto il RPC si è trovato subito in una posizione scomoda: da un lato sta la direzione strategica, che ha ottemperato ai suoi doveri con la nomina, mentre ha maturato una recente consapevolezza circa le dinamiche di svolgimento dell'attività che il ruolo comporta; dall'altro lato, vi è una struttura organizzativa che vive i nuovi obblighi come ulteriori appesantimenti burocratici, meri esercizi di stile che non producono nulla di concreto, in quanto è generalizzata la convinzione che la corruzione non sia presente nell'azienda in cui si opera. Le organizzazioni, sia per problemi endemici sia per le aggravanti imposte negli ultimi anni dalle disposizioni sulla spending review, operano in costante stato di urgenza, pertanto parlare di prevenzione diventa difficile se non addirittura impossibile.

All'isolamento, pertanto, si accompagnano come logiche conseguenze l'incomprensione della struttura aziendale nei confronti delle richieste e delle proposte formulate dal RPC, la scarsa attenzione e, nei casi più gravi, l'indifferenza.

Altro limite per la figura del RPC è la **scarsa disponibilità di risorse**. Nella quasi totalità dei casi, il RPC, oltre a non avere una struttura dedicata, non ha personale di supporto, né strumenti informatici adeguati. Ciò rende estremamente difficoltoso il rispetto dei molteplici adempimenti imposti dalla normativa, sia per le modalità che per i tempi di esecuzione, impedisce di sviluppare progettualità innovativa e finisce con l'avvilire il soggetto individuato e svilirne il ruolo.

La scarsità di risorse può considerarsi ad una prima analisi come "fattore di rischio" il quale nasce come una problematica organizzativa che subito deve affrontare il RPC ma si sviluppa nella successiva applicazione della normativa sulla trasparenza: il connubio tra un efficiente supporto informatico ed un qualificato staff da destinare agli adempimenti richiesti dalla legge al RPC potrebbe garantire l'atteso sviluppo delle funzioni attribuite al Piano di Prevenzione della Corruzione.

La disfunzione di cui si tratta comporta l'avvilimento del Piano di Prevenzione della Corruzione ad un mero adempimento burocratico; tale affermazione trova riscontro nell'analisi effettuata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con la Determinazione n. 12 del 2015, in particolare l'Autorità fa notare che i soggetti interessati da tale adempimento ai sensi della normativa, non mancano di adottare e pubblicare un PTPC e il suo relativo aggiornamento, ma tale documentazione è considerata dalla stessa Autorità "*generalmente insoddisfacente*" quanto al contenuto e al perseguimento degli obiettivi posti dalla legge.

Lo stato dei fatti rilevato dall'Autorità non dipende totalmente dalla mancanza di risorse e supporto informatico al lavoro del RPC, ma la riflessione circa l'opportunità di dotare questa figura di strumenti efficaci di lavoro potrebbe rappresentare un vincente cambio di rotta. A tale proposito si fa presente che risorse e supporto informatico sono elementi strategici per qualsiasi attività e quindi anche per l'azione del RPC il quale è chiamato ad effettuare adempimenti burocratici ma non solo. La legge prevede che il RPC monitori e vigili circa il rispetto della normativa vigente e il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PTPC: monitoraggio e vigilanza sono compiti che difficilmente un singolo soggetto potrà svolgere all'interno di realtà anche non troppo complesse, se non dotato di adeguati mezzi informatici e qualificate risorse che siano in grado di gestire scadenze ed evitare ritardi, creare eventuali archivi in cui inserire le informazioni utili al fine di desumere quali sono i punti di forza e le criticità di una determinata unità operativa, classificare le informazioni ottenute in maniera efficace anche per ottimizzare le attività di ricerca dei dati, etc.

A tal proposito la Circolare n. 1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica, redatta e pubblicata all'indomani dell'entrata in vigore della normativa oggetto di esame allo scopo di fornire chiarimenti e delucidazioni circa le modalità operative di adeguamento alla suddetta normativa, già sottolineava come centrale la messa a disposizione del RPC di risorse umane ed informatiche in modo da poter consentire un più efficace raggiungimento degli scopi propri di questa figura: in particolare la circolare stabiliva che le amministrazioni dovessero dotare il responsabile di "appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie", dove "l'appropriatezza va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità, che dovranno peraltro essere destinatarie di specifica formazione".

In conclusione analizzando entrambi i profili di criticità evidenziati sopra, isolamento e scarsa disponibilità di risorse, si può affermare che essi insieme, per le ragioni già esposte, possono concorrere a vanificare l'attività del RPC, se non totalmente almeno parzialmente poiché idonei a procurare ritardi sui controlli e rallentamenti nella vigilanza, conseguenze a loro volta capaci di creare crepe sempre più profonde nel sistema di prevenzione della corruzione.

Entrambi gli aspetti segnalati sono stati affrontati dal legislatore e dall'Autorità nazionale, raccogliendo le istanze che evidentemente sono condivise dai soggetti incardinati nel ruolo, indipendentemente dalle variabili di contesto individuale.

A maggior ragione l'intervento legislativo si palesa del tutto opportuno, tenendo conto che la nuova disciplina è indirizzata ad unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e l'incarico di Responsabile della Trasparenza (RPCT).

Con d.lgs. 25.05.2016 n. 97 recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, in particolare art. 41, co. 1, lett. f, è reso evidente l'intento di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, ponendo all'attenzione dell'organo di indirizzo la necessità di disporre misure organizzative volte ad assicurare che al RPC siano attribuiti **funzioni e poteri idonei** per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Oltre a garantire l'**autonomia di azione** del RPCT, l'organo di indirizzo è altresì chiamato ad assicurare che possa svolgere i propri compiti in modo imparziale, al riparo da ritorsioni o misure discriminatorie, dirette o indirette, da segnalare eventualmente ad Anac.

Con delibera 03.08.2016 n. 831 recante *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*, l'Autorità nazionale individua come altamente auspicabile, tra le misure di cui al d.lgs. 97/2016, che il RPCT sia dotato di una **struttura organizzativa di supporto** adeguata, per qualità di personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere, e che gli vengano assicurati **poteri effettivi di interlocuzione** nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase di predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo delle stesse.

OPPORTUNITA'

Pertanto, i quattro anni di esperienza hanno fatto intravedere le ampie possibilità di rinnovamento ed innovazione di cui può diventare co-artefice il RPC.

Partendo dal presupposto che la “corruzione” come viene intesa dalla L. 190/2012 è estesa ai casi di “malfunzionamento” dell'organizzazione, la posizione trasversale del RPC può diventare una posizione “privilegiata”, perché consente di vedere tutta la struttura aziendale, le sue dinamiche e procedure, così da stimolare le possibilità di **cambiamento** e di **crescita**.

Infatti, la visione del RPC è una visione dall'esterno, come vede la struttura un cittadino – destinatario delle prestazioni – ma con le conoscenze dei meccanismi, oltreché delle persone che vi operano, che permette di capire le leve sulle quali intervenire e le modifiche da suggerire per rendere la struttura maggiormente rispondente alle aspettative.

D'altro canto il fatto che sia emersa questa esigenza di cambiamento e crescita del ruolo del Responsabile da perseguire anche tramite l'assegnazione di risorse umane ed informatiche, deve essere considerato come una svolta, ovvero una nuova partenza, forti dell'esperienza pregressa e consapevoli dei compiti da svolgere e degli obiettivi da raggiungere: soprattutto questa attività di monitoraggio e vigilanza comporta un abbattimento dei costi e degli sprechi all'interno del governo degli enti, completamente in linea con le moderne politiche di *spending review*. Infatti è sempre utile ricordare che il concetto di prevenzione della corruzione introdotto dal sistema della L. 190 è più ampio del concetto penalistico di corruzione ed abbraccia l'intera lotta alla "maladministration", intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari che sono la prima causa di genesi della cattiva gestione delle risorse.

Ai destinatari delle prestazioni poco interessa che all'ente manchino il personale, le attrezzature informatiche o le risorse economiche. Non si può raccontare che non dipende da noi e che la responsabilità è di un altro ente.

In tal modo il RPC può diventare uno stimolo al cambiamento dell'organizzazione, per realizzare un ente più integro, ovvero interamente capace di giustificare la sua esistenza attraverso la quantità, la qualità e la tempestività delle prestazioni attese.

SUGGERIMENTI

Come illustrato più sopra, le più recenti disposizioni normative hanno evidenziato come il RPCT debba essere adeguatamente supportato all'interno del proprio ente e come ciò si possa realizzare.

E' indispensabile pertanto che l'organo di direzione assicuri il massimo livello di legittimazione ed autorevolezza al soggetto individuato quale RPCT, attraverso una serie di azioni ed indicazioni strategiche.

Preliminarmente è opportuna l'adozione di **provvedimenti formali** che integrino opportunamente la figura nell'organizzazione, gli diano una collocazione adeguata (preferibilmente tra le strutture di diretta collaborazione/staff), ne descrivano le funzioni ed i compiti a fronte del dovere di tutta l'organizzazione di collaborare fornendo le informazioni, i dati e l'attività necessari a perseguire gli obiettivi, richiamando altresì tale obbligo espressamente nell'articolato dei Codici di Comportamento.

E' comunque auspicabile, nell'ottica del rafforzamento delle competenze e del ruolo, che il RPCT sia coadiuvato da **adeguate risorse umane e strumentali**, un nucleo volto a monitorare gli adempimenti ed a controllare le necessità di aggiornamento, in modo da consentire al RPCT di sviluppare specifiche progettualità in risposta alle indicazioni strategiche impartitegli.

E' necessario peraltro prevedere la **condivisione di strumenti informatici** per il governo dei flussi informativi, al fine di minimizzare i tempi di azione ed i relativi margini di errore, rendendo più agevole, veloce e precisa la raccolta dei dati e la loro pubblicazione sul sito internet aziendale, ove previsto. La progressiva informatizzazione della P.A. potrebbe essere l'occasione per investire in strumenti che prevedano flussi documentali che tengano conto degli obblighi di trasparenza e consentano di agevolare il compito di controllo del RPC e di interfaccia con gli altri dirigenti o referenti, inoltre l'utilizzo di sistemi informatici dedicati è spesso sprone all'approfondimento e allo studio anche dei contenuti da questi elaborati.

PROPOSTA DI PROGRAMMA DI FORMAZIONE REGIONALE

(a cura del Gruppo di Lavoro)

L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

ANAC nel Piano nazionale anticorruzione 2016 (delibera n. 831 del 3 agosto 2016) conferisce un ruolo fondamentale alla formazione, anche se la centralità della formazione il ruolo strategico che essa assume nella qualificazione e nel mantenimento delle competenze, sono affermati già nella l. 190/2012.

La formazione fin qui svolta ha risentito sia delle scarse risorse a disposizione delle AASSL, sia di un approccio generalista al tema della corruzione che non ha giovato al perseguimento dell'obiettivo di una migliore qualità delle misure di prevenzione.

La figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo.

Sotto il profilo dei contenuti la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC e delle connesse relazioni annuali: a titolo di esempio, l'analisi di contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

Sotto il profilo delle modalità didattiche, sono da valorizzare modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo, rivolte sia ai RPCT che alle figure di supporto finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

LE INDICAZIONI DI ANAC

La proposta che di seguito viene avanzata prende spunto da quelle che sono state le criticità rappresentate dall'ANAC in particolare nella Det. N. 12/2015 (in parte riprese, seppur rilevando qualche miglioramento, anche nel PNA 2016). Tali criticità riguardano in particolare l'adeguata mappatura dei processi (per ANAC infatti "l'eshaustività della mappatura dei processi è requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione ed incide sulla qualità dell'analisi complessiva"), la corretta individuazione degli eventi rischiosi/dei fattori di rischio, e l'adeguata ponderazione del rischio ai fini della conseguente programmazione delle misure da attuarsi (individuando quindi una priorità di attuazione in funzione della situazione esistente e del livello di rischio rilevato). ANAC fornisce i seguenti indicatori quali elementi idonei alla corretta programmazione nell'ambito dei PTPC delle misure di prevenzione:

- 1) Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
- 2) Sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
- 3) Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione delle predette misure.

Va infine ricordato come nella parte finale della Determina n. 12/2015, dedicata alla "Vigilanza dell'Anac: priorità e obiettivi" viene rappresentata la "Centralità delle misure di prevenzione. Le misure devono essere individuate nei PTPC e la loro attuazione chiaramente programmata. Un PTPC che fosse privo della specifica individuazione di misure con le caratteristiche indicate (chiarezza, articolazione di responsabilità, articolazione temporale, verificabilità quanto all'effettiva attuazione e quanto all'efficacia) sarebbe ritenuto

dall'Autorità come PTPC mancante del contenuto essenziale previsto dalla legge. L'Autorità vigilerà sull'adozione e sulla completezza delle misure, anche esercitando i conseguenti poteri di ordine di cui al co. 3 dell'art. 1 della l. 190/2012".

Alla luce di quanto sopra, ed in considerazione della necessità che entro il 2016 siano per lo meno adeguatamente mappati i processi rientranti nelle Aree di rischio generali e speciali di cui alla Det. 12/2015 e PNA 2016, parrebbe prioritario concentrare l'attenzione su tali specifici aspetti (costituenti l'ossatura dei PTPC aziendali) per cui viene proposta una FORMAZIONE MIRATA volta ad individuare un adeguato metodo di lavoro che sia in grado di dare concreta attuazione a quanto sopra rappresentato, anche attraverso la proposizione – da parte di entità formative qualificate, possibilmente in diretto rapporto con ANAC e/o di estrazione universitaria, nonché Scuola Nazionale dell'Amministrazione – di modulistiche esaustive e chiare da potersi utilizzare per ottemperare ai predetti obblighi.

LA PROPOSTA FORMATIVA DEL GRUPPO DI LAVORO

PROPOSTE DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

1) MAPPATURA PROCESSI E PROGRAMMAZIONE MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO

In relazione alle specifiche esigenze metodologiche e qualitative previste per le AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIALI PER LA SANITA' potrebbe essere opportuno effettuare un intervento formativo relativamente ai seguenti argomenti:

- Modello di analisi del rischio proposto dalla Determinazione n. 12-2015 e dal PNA 016 ANAC;
- Identificazione e analisi dei rischi, con specifico riferimento al Settore sanitario ed al vigente PNA e PTPC aziendali;
- Il trattamento dei rischi:
 - o Identificazione e selezione delle misure
 - o Progettazione esecutiva delle Misure, e relativi indicatori di misurazione
 - o Collegamento tra PTPC e Piano Performance
 - o Monitoraggio e valutazione dell'efficacia delle misure

Alla parte teorica, si potrebbe poi abbinare anche un laboratorio pratico, ovvero effettuare una esercitazione guidata su identificazione e analisi dei rischi + progettazione esecutiva di misure di trattamento.

DESTINATARI: RPC(T) e Direttori Responsabili delle Strutture afferenti alle AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIALI PER LA SANITA' Det. ANAC 12/2015 e PNA 2016, approvato dall'ANAC con Delibera n. 831 in data 3.8.2016

DURATA DELL'INTERVENTO FORMATIVO: indicativamente due giornate

MODALITA' DELL'INTERVENTO: formazione in aula. Tale tipo di intervento, stante la stretta connessione con le singole realtà organizzative aziendali, dovrebbe essere attuato con moduli presso ciascuna azienda o al più coinvolgendo separatamente gruppi di aziende sanitarie (area ponente / area levante / area metropolitana). Ciò in quanto gli interventi formativi dovrebbero coinvolgere come detto non solo i RPC, ma anche i Direttori delle Strutture rientranti nelle aree a rischio generali e speciali. E' infatti importante poter adeguatamente attuare il Laboratorio pratico con riguardo a ciascuna realtà aziendale.

2) LA TRASPARENZA E L'ACCESSO CIVICO QUALE PRIMARIA MISURA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE. I CONFINI RISPETTO ALLA TUTELA DELLA PRIVACY E DEGLI ALTRI INTERESSI RICHIAMATI DALL'ART. 5 D.LGS. 33/2013, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 97/2016.

Trattasi di altro intervento di formazione specialistica con forte ricaduta sia sulla prevenzione della corruzione che in generale sul rapporto tra cittadino ed Amministrazione pubblica.

Il modulo formativo dovrebbe approfondire le seguenti tematiche:

- Le novità in materia di trasparenza e accesso civico apportate dal D.Lgs. 97/2016 (di modifica al D.Lgs. 33/2013);
- Nuovi adempimenti in materia di assolvimento degli obblighi di pubblicazioni obbligatorie e relativi livelli di responsabilità;
- Accesso civico: presupposti per l'applicazione della normativa, procedimento previsto dall'art. 5-bis, rapporti tra accesso civico e accesso agli atti previsto dalla L. 241/1990 e s.m.i.;
- Orientamenti applicativi e Linee guida del Garante in ordine ai casi di prevalenza degli aspetti concernenti la riservatezza rispetto ai casi di accesso;
- Ottimizzazione della "leggibilità" dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria.

DESTINATARI: RPC(T) e Responsabili della Trasparenza; Direttori Responsabili delle Strutture Acquisti e Provveditorato, Risorse Umane, Bilancio, Affari generali e legali, Uffici Tecnici, Staff e Centro Controllo Direzionale, ovvero i Dirigenti delle AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIALI PER LA SANITA' maggiormente coinvolte dagli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. Sarebbe anche opportuno il coinvolgimento attivo di Liguria Digitale scpa, visto il ruolo svolto nella gestione dei siti istituzionali di un rilevante numero di aziende sanitarie liguri.

DURATA DELL'INTERVENTO FORMATIVO: quattro/sei ore

MODALITA' DELL'INTERVENTO: formazione in aula. Tale tipo di evento formativo potrebbe essere concentrato in area metropolitana, e quindi essere strutturato su unico modulo.

PROPOSTE DI FORMAZIONE DI BASE

Tale formazione dovrebbe essere rivolta a tutti i dipendenti per svilupparne le competenze in tema di anticorruzione e trasparenza, nonché favorire una sempre maggiore cultura dell'etica e della legalità. La formazione generale potrebbe quindi avere ad oggetto i seguenti argomenti:

- normativa in materia di prevenzione della corruzione, contenuti e finalità del Piano Nazionale Anticorruzione e del Piano triennale della prevenzione della corruzione aziendale;
- obblighi in materia di Trasparenza
- etica e legalità nell'agire della P.a.;
- Codici di comportamento e obblighi comportamentali dei dipendenti pubblici;
- reati contro la pubblica amministrazione;
- Ricadute a livello disciplinare della violazione dei codici di comportamento, con particolare riferimento alle tematiche in materia di potenziale conflitto di interessi ed obbligo di astensione;
- autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali;
- Procedura e prerogative di tutela per il dipendente che segnala illeciti (wistleblower)

Per i dipendenti operanti sulle aree di rischio, si dovrebbe inoltre prevedere uno specifico approfondimento con riguardo ai concreti obblighi di prevenzione correlati al settore su cui operano.

DESTINATARI: tutti i dipendenti aziendali, sia amministrativi/tecnici che sanitari

DURATA DELL'INTERVENTO FORMATIVO: tre-quattro ore, con modulo aggiuntivo di una-due ore per i dipendenti operanti sulle aree a rischio.

MODALITA' DELL'INTERVENTO: formazione in aula o formazione a distanza (FAD)

In relazione a tale ultima tipologia di intervento, si segnala l'opportunità che a provvedervi sia direttamente il responsabile della prevenzione della corruzione, posto che è fondamentale il riferimento specifico agli atti aziendali (PTPCT, codice di comportamento aziendale, regolamento su incompatibilità ed incarichi extra-istituzionali, procedure di segnalazione interna degli illeciti).

Per le tematiche di ordine generale, invece, potrebbe essere utile anche la messa a disposizione in favore delle Aziende sanitarie di corsi on line in grado di registrare anche il grado di apprendimento e con rilascio di attestato finale con eventuale riconoscimento – per il personale sanitario – di ECM.

PROPOSTE CONCLUSIVE E RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO DI LAVORO

(a cura del Gruppo di Lavoro)

L'importante iniziativa che l'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria ha avviato in collaborazione con A. Li. Sa. e la preziosa opportunità di un confronto tra noi Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, con lo scambio non solo di opinioni e punti di vista ma anche dei modelli applicativi adottati nelle nostre Aziende sanitarie per assicurare il rispetto sostanziale delle norme vigenti in materia e delle disposizioni dell'ANAC, ha consentito di realizzare questo Rapporto, che vuole essere uno strumento operativo di promozione e di valorizzazione dell'integrità a tutti i livelli del Sistema socio-sanitario ligure.

Il confronto tra le diverse esperienze ci ha anche consentito, a parziale sintesi del nostro lavoro, di formulare alcuni suggerimenti, raccomandazioni e proposte, che abbiamo sintetizzato qui di seguito; con lo stesso spirito di fondo che ha caratterizzato fin dall'inizio la nostra attività come Gruppo di Lavoro: offrire un contributo costruttivo e collaborativo alle Istituzioni regionali.

- 1) Valorizzazione del ruolo del RPCT, finalizzato alla diffusione dei valori e della cultura dell'integrità e supporto per un'interlocazione efficace con le altre funzioni aziendali attraverso l'allocatione di adeguate risorse:
 - a) umane: in termini di struttura organizzativa di supporto;
 - b) strumentali: in termini di strumenti informatici adeguati;
 - c) finanziarie: in termini di investimenti necessari ad es. per la formazione e l'aggiornamento.
- 2) Coinvolgimento proattivo delle Direzioni strategiche:
 - a) nel processo di connessione coerente tra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi assegnati alle diverse strutture aziendali ed ai loro responsabili (in particolare per le strutture a maggiore rischio);
 - b) assicurando al RPCT il posizionamento organizzativo adeguato e gli strumenti necessari per una "effettiva" interlocazione con le altre strutture aziendali
- 3) Trasformazione delle attività del Gruppo di Lavoro in un network permanente tra i Responsabili prevenzione corruzione e trasparenza liguri (RPCT), che possa agire sia come osservatorio sempre "acceso" per migliorare la qualità e l'efficacia delle misure adottate che come supporto alle Istituzioni regionali per le attività di coordinamento e di monitoraggio continuo sull'applicazione coerente ed omogenea della normativa anticorruzione e trasparenza in regione Liguria.
- 4) Attivazione di un programma di formazione e di aggiornamento a livello regionale sia per gli stessi RPCT, sia per tutti gli operatori del Sistema socio-sanitario ligure, secondo le indicazioni proposte nell'apposita sezione di questo rapporto.
- 5) Potenziamento degli strumenti informatici a supporto di tutte le attività di prevenzione della corruzione, dei controlli e della trasparenza per facilitarne e semplificarne i processi e le interazioni con le altre funzioni aziendali, come indicato nelle diverse schede sulle attività maggiormente a rischio riportate in questo rapporto.
- 6) Adozione, mediante atto formale, della modulistica standardizzata e valida per tutte le aziende sanitarie regionali, sulla base dei modelli proposti nell'apposita sezione di questo rapporto.

Siamo naturalmente disponibili a confrontarci su queste proposte e discuterne in dettaglio le ragioni e gli obiettivi con chiunque voglia collaborare con noi alla costruzione e alla diffusione di una nuova cultura dell'integrità a tutti i livelli del Sistema socio-sanitario regionale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'impegno di questo Assessorato nei confronti della promozione dell'etica pubblica e dell'integrità del Sistema Sociosanitario regionale si vuole concretizzare nella definizione e nella strutturazione di contatti e confronti periodici e coordinati sia con le Direzioni strategiche delle Aziende sanitarie che direttamente con i rispettivi Responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza mediante la costituzione di un vero e proprio network permanente.

Le osservazioni e le raccomandazioni espresse dal Gruppo di Lavoro in questo Rapporto preliminare saranno la base su cui l'Assessorato definirà le proprie Linee Guida per l'applicazione omogenea e coerente della normativa anticorruzione nel nostro territorio: una costruzione dalla base, quindi, non indicazioni operative calate dall'alto.

Molte sono le tematiche di portata rilevante emerse dal confronto e dal dibattito tra i partecipanti nel corso di realizzazione del Rapporto; non solo come criticità ma anche come opportunità e certamente permangono altre questioni aperte sulle problematiche trattate, aspetti da approfondire, da chiarire, temi su cui discutere, confrontarsi e creare modelli di comportamento positivi e condivisi.

Ma con questa iniziativa l'Assessorato si impegna ad avviare il confronto e la discussione anche con tutti gli altri stakeholder cui fin d'ora va il ringraziamento per il contributo con cui decideranno di partecipare e collaborare ad un obiettivo di fondo che è necessariamente comune: la diffusione e l'applicazione della "cultura" dell'integrità e della trasparenza in tutti i livelli dell'Amministrazione sanitaria.

Sonia Viale

Vice Presidente Regione Liguria

Assessore regionale alla salute



IL GRUPPO DI LAVORO

APPENDICE

(Allegati)

1) Esempio Sintetico di Tabella Mappatura dei rischi e delle misure di Prevenzione per i Principali Procedimenti del DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE LIGURIA

Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"

Dipartimento di Prevenzione

"S.C. Attività giuridico- amministrative del Dipartimento di Prevenzione e Trasparenza dei processi amministrativi" Privacy e Anticorruzione

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI, SANZIONI VALUTAZIONE RISCHI: DIPARTIMENTO PREVENZIONE

PROCE DIMEN TO	DESCRIZIONE RISCHI	Grado del rischio	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEM PISTI CA attu azio ne	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Gestio ne proced imento sanzio ni ammin istrativ e in materi a di igiene pubbli ca, polizia veterin aria, acque, PSAL e Farmac ie Legge 689/81	1) Improprie riduzioni dell'importo da pagare inserito in ordinanza ingiunzione 2) mancata riscossione del credito (mancata emissione ordinanza ingiunzione) 3) errori fraudolenti per rendere inesigibile il credito (errate notifiche, scadenze termini) 4) inosservanza regole di trasparenza ed irregolarità nel determinare la sanzione	MEDIO	1) Definizione dell'importo da pagare e da inserire in ordinanza ingiunzione da parte di Commissione di tre componenti individuati nel regolamento aziendale 2) Applicazione dei Regolamenti aziendali che definiscano criteri procedure e tempistiche 3) Verifica da parte Direttore sull'iter delle pratiche (con verifica dell'emissione ordinanza, pagamento, archiviazione, correttezza notifiche e rispetto termini) 4) Predispensione modelli di verbali, notifiche, ordinanze		Direttore S.C. Attiv. Amministr. Dipart. Prevenzione Direttore Dipart. Prevenzione	Ogni 3 mesi controllo casuale a campione del 10% dei verbali emessi dagli organi accertatori nei 3 mesi di riferimento e del loro iter Relazione SEMESTRALE a RPC
			1)Istituzione apposita commissione formata da		Direttore S.C. Attiv.	Ogni tre mesi controllo casuale

Gestione procedure autorizzative per riconoscimenti Nuovi insediamenti produttivi (NIP)	Favoritismi nel rilasciare le autorizzazioni senza i prescritti requisiti e pareri tecnici	MEDIO	varie unità di tutti i servizi che devono rilasciare i prescritti pareri 2)Esame congiunto una volta alla settimana delle pratiche e verifica dell'esistenza di tutti i requisiti 3)Ulteriore verifica da parte Direttore Dipart. Prevenzione che firma il parere finale da inviare ai comuni		Amministr. Dipart. Prevenzione Direttore Dipart. Prevenzione	a campione del 10% delle autorizzazioni rilasciate nei tre mesi di riferimento Relazione semestrale a RPC
--	--	-------	---	--	---	--

Rilascio nulla osta Pratiche per inconvenienti igienici /	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo	MEDIO	Norme di legge e regolamenti, Esame collegiale delle pratiche, Espletamento congiunto della pratica da almeno due operatori, Utilizzo di verbali precostituiti, Tracciabilità, Eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita		Dirigente medico e Direttore di S.C.	Relazione/monito raggio semestrale a RPC
Valutazione igienico sanitaria manufatti in amianto, valutazioni analitiche dello stato di consistenza ed eventuali provvedimenti conseguenti	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo	MEDIO	Norme di legge e regolamenti, Esame collegiale delle pratiche, Espletamento congiunto della pratica da almeno due operatori, Utilizzo di verbali precostituiti, Tracciabilità, Eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita		Dirigente medico e Direttore di S.C.	Relazione/monito raggio semestrale a RPC
Certificazione Visite Fiscali in ambulatorio e domiciliari	Abuso o superficialità nel rilascio della certificazione attestante il controllo dello stato di malattia.	MEDIO	Leggi e Reg. – DL 98 del 6 luglio 2011Conv. Con L. 15/2011 e circ. n. 118/12.9.2011. Tracciabilità dell'attività del medico certificatore nelle visite domiciliari- Eventuale Controllo del Direttore S.C.		Dirigente medico e Direttore di S.C.	Relazione/monito raggio semestrale a RPC

Pareri per SCIA Inizio attività con correlate problematiche di settore	Abuso nel rilascio di nulla-osta in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo per espletamento di attività specifica	MEDIO	1) Norme di legge e regolamenti, 2) Esame collegiale delle pratiche, 3) Espletamento congiunto della pratica da ameno due operatori, 4) Utilizzo di verbali precostituiti, 5) Tracciabilità, 6) Eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita	Dirigente medico e Direttore di S.C	Relazione/monito raggio semestrale a RPC
---	---	-------	--	-------------------------------------	---

Parere igienico o-sanitario relativo a locali/attrezzature per le seguenti attività: Strutture turistico-ricettive e balneari. Attività artigiane alla persona: estetisti, parrucchieri, tatuatori e pirciers Impianti sportivi e/o ludico ricreativi natatori	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo finalizzate all'accertamento del possesso di requisiti per l'espletamento dell'attività di specie.	MEDIO	1) Norme di Legge e Regolamenti regionali, comunali. 2) Esame collegiale delle pratiche 3) Assegnazione a n. 2 operatori 4) Utilizzo di verbali precostituiti (check-list) 5) Tracciabilità 6) Controllo crociato parere in uscita (Direttore SC e Resp. SS)	Dirigente medico e Direttore di S.C	Relazione/monito raggio SEMESTRALE a RPC
---	--	-------	--	-------------------------------------	---

Vigilanza e campionamento su: impianti natatori su impianti idrici a seguito di notifiche di legionellosi	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli il sottrarsi ai medesimi e /o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario, alterare i campioni d'analisi)	MEDIO	1) Normative nazionali e regionali di settore 2) Svolgimento della vigilanza in compresenza di n. 2 operatori 3) Utilizzo di verbali precostituiti 4) Firma congiunta dei verbali di campionamento 5) Tracciabilità 6) Controllo crociato con ARPAL di campioni e referti. 7) Controllo crociato in uscita (Direttore SC e Resp. SS) eventuali provvedimenti/prescrizioni	Dirigente medico e Direttore di S.C	Relazione/monitoraggio SEMESTRALE a RPC
--	--	-------	--	-------------------------------------	---

Pratiche per riconoscimento Invalidità civile/handicap/disabilità	Riconoscimento diritti econom. e giuridici legati all'invalidità senza necessari requisiti per carente verifica document. medica al fine di elargire favoritismi- Rischio di manomissione processo	ALTO	-Rotazione componenti commissioni -Giudizi espressi da organo collegiale -Componenti appartenenti ad amministrazioni diverse -Controllo da parte di altri enti (INPS...) -Informatizzazione dei processi - Acquisizione attestazione assenza conflitti interesse o di rapporti di parentela	Responsabile Struttura di Medicina legale	Relazione SEMESTRALE a RPC con report delle attività e controlli svolti
--	--	------	---	---	---

Attività certificate ambulatoriale: idoneità/detenzione armi - guida di veicoli a motore e natanti - visite per sana e robusta costituzione per - rilascio pass auto per invalidi (CUDE) Patenti Guida	Abuso nel rilascio dell'idoneità psico- fisica in cui il sanitario/ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive di controllo finalizzata all'accertamento del possesso dei requisiti previsti dalla normativa di settore	Basso	1) Leggi nazionali 2) Valutazione clinica supportata da documentazione sanitaria aggiuntiva dove prevista 3) Utilizzo di modulistica predefinita 4) Tracciabilità		Relazione/monitoraggio SEMESTRALE A RPC
---	--	-------	--	--	---

Controlli su Strutture sanitarie socio sanitarie e sociali di ospitalità collettiva, strutture veterinarie, ambulanze , unità di trasporto sangue e sedi fisse	-Omettere di assumere gli atti sanzionatori e dispositivi dovuti a seguito delle violazioni riscontrate o eccedere in fiscalità -Omettere di inserire una azienda fra quelle da verificare secondo la frequenza stabilita dalla normativa vigente -Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori -Mancanza di trasparenza -Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse -Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse Favorire percorsi preferenziali nei tempi Valutazioni difformi su sollecitazioni esterne	ALTO	Attenersi alle procedure e istruzioni operative standardizzate elaborate in sede aziendale o mutate dalla normativa regionale. Regolamento della attività della Commissione Sanitaria ai sensi della legge 20/99 Calendarizzare le verifiche obbligatorie secondo la frequenza definita dalle direttive regionali; programmazione che indichi con trasparenza le modalità di scelta delle attività da sottoporre a controllo Controlli mirati a seguito di segnalazioni Rispetto delle norme di leggi e regolamenti Procedure informatizzate Esame collegiale delle pratiche Informatizzazione sul l'anagrafe sanitaria regionale (GAS) relativamente ai procedimenti chiusi o ancora aperti Pubblicazione sulla home page aziendale delle procedure e relativi tempi di attuazione. Dichiarazione all'inizio del procedimento autorizzativo , firmata da tutti i componenti, della assenza di conflitti di interesse oppure mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità) con sottoscrizione annuale per ogni membro del documento relativo. Applicazione del regolamento aziendale sulle incompatibilità Verifica dei tempi di istruttoria Utilizzo nei controlli di check list supervisionate dal dirigente preposto Controlli mirati su segnalazioni / eventi sentinella		Responsabile	Relazione/monitoraggi o SEMESTRALE A RPC
Controlli su Farmacie Parafarmac	Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	BASSO	Controlli mirati a seguito di segnalazioni		Responsabile S.S.	RELAZIONE SEMESTRALE a RPC

ie e Magazzini Farmaceuti ci	Mancanza di trasparenza Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse Favorire percorsi preferenziali nei tempi		Rispetto delle norme di leggi e regolamenti Procedure informatizzate Esame collegiale delle pratiche Utilizzo nei controlli di check list Procedura interna relativamente alle modalità di espletamento della pratica Pubblicazione sulla home page aziendale Dichiarazione all'inizio del procedimento autorizzativo , firmata da tutti i componenti, della assenza di conflitti di interesse Verifica dei tempi di istruttoria Acquisizione dichiarazioni assenza di conflitti di interessi- rapporti di parentela ecc.			
Controlli Acque Potabili	Omettere di inserire punti di captazione fra quelli da verificare secondo la frequenza stabilita dalla normativa vigente Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori Mancanza di trasparenza Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse Favorire percorsi preferenziali nei tempi Valutazioni difformi su sollecitazioni esterne	BASSO	Programmazione e Calendarizzazione della attività di prelievo , approvata e firmata dal Responsabile di Procedimento; verifiche interne Controlli mirati a seguito di segnalazioni Rispetto delle norme di leggi e regolamenti Procedure informatizzate Procedura interna relativamente alle modalità di espletamento delle pratiche Pubblicazione sulla home page aziendale Controlli mirati su segnalazioni Controlli mirati su segnalazioni Controlli mirati su segnalazioni Acquisizione dichiarazioni assenza di conflitti di interessi- rapporti di parentela ecc.		Responsabile S.S.	RELAZIONE SEMESTRALE a RPC

Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti).	Alto	Rotazione del personale addetto attività di vigilanza per interventi ripetuti nelle stesse aziende Sopralluoghi effettuati nelle attività più rilevanti da operatori in coppia Compilazione verbale d'accesso Procedure specifiche codificate secondo il Sistema Qualità. Acquisizione attestazione assenza conflitti interesse o di rapporti di parentela	Dir. S.C. PSAL	Presenza del verbale di accesso firmato Applicazione Procedure Codificate Relaz. semestrale a RPC
---	---	------	--	----------------	---

Rilascio dei pareri (nulla osta) ai fini dell'ottenimento di autorizzazioni sanitarie ad attività di esercizio (toelettatura animali – vendita di animali vivi – allevamento o addestramento)	Abuso nel rilascio autorizzazioni/pareri in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive al fine di favorire determinati soggetti	Medio	1) Seguire procedure adottate da Leggi, Regolamenti 2) Procedure informatizzate 3) Dove possibile esame collegiale delle pratiche 4) Tracciabilità	Direttore Struttura Sanità animale	Applicazione Procedure codificate Relaz. Semestrale a RPC
--	--	-------	---	------------------------------------	--

Rilascio pareri per riconoscimenti CE e pareri igienico sanitari preventivi	Abuso di potere; valutazioni difformi rispetto alla procedura; discrezionalità; mancanza di trasparenza	BASSO	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; adozione codice etico di Struttura; sottoscrizione del Verbale di CU da parte dell'utente; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata (check-list regionali); il sopralluogo è affidato ad un dirigente a rotazione; l'iter amministrativo prevede la supervisione del Direttore, che firma il nulla osta da inviare alla Regione Acquisizione dichiarazioni assenza di conflitti di interessi- rapporti di parentela ecc	Direttore SC Sicurezza alimentare	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; monitoraggio dei tempi di risposta; audit interni di supervisione; RELAZ.Semestr. al RPC
--	---	-------	---	-----------------------------------	--

Vigilanza farmacie, parafarmacie e grossista	Discrezionalità Standardizzazione Preavvertire gli interessati prima dell'ispezione	ALTO	Rotazione delle due commissioni e dei funzionari Verbalizzazione delle ispezioni	Direttore SC Farmaceutica	Relaz.SEMESTRALE a RPC
---	---	------	---	---------------------------	------------------------

			Standardizzazione fac simile verbale e procedura documentale Tracciabilità delle ispezioni Acquisizione dichiarazioni assenza di conflitti di interessi- rapporti di parentela ecc. Segretezza calendario ispezioni			
--	--	--	--	--	--	--

N. 1

*DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E
INCONFERIBILITA' RISPETTO AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA AI
SENSI DELL'ART. 20 D.LGS N. 39 DEL 08/04/2013*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il / La sottoscritto/a
nato ail.....
codice fiscale
titolare dell'incarico di (o ai fini del conferimento dell'incarico).....

*consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo
76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013, in caso di
dichiarazioni mendaci*

Presa visione degli articoli del D.lgs n. 39 del 08/04/2013

Presa visione della Circolare esplicativa del D.lgs. n. 39/13 e relativi allegati sulle disposizioni in materia di
inconferibilità e incompatibilità di incarichi con particolare riguardo alle aziende sanitarie

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi
sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo DPR 445/2000

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs 8 aprile
2013, n. 39

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/2013, i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la
presente dichiarazione viene resa

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e comunicare
tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

(luogo e data)

(Il dichiarante)

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero
sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE

(resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
 dipendente della.....in qualità di _____,
 in servizio presso la Struttura _____
 valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e
 consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni
 mendaci,

DICHIARA

con riferimento all'assegnazione della Struttura/Ufficio sopra indicata
 ai sensi e per gli effetti dell'art. 6-bis della L. n. 241/90 e degli artt. 6 del DPR n. 62/2013,

a)

☐

di avere

☐

di non avere

rapporti finanziari con:

- i seguenti soggetti privati che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a sé affidate _____;

b)

☐

di avere avuto

☐

di non avere avuto

negli ultimi tre anni rapporti finanziari con:

- soggetti privati che hanno avuto interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a sé affidate _____;

c)

che i seguenti soggetti: coniuge/convivente more uxorio, parenti od affini entro il II°

☐

hanno

☐

non hanno

rapporti finanziari con:

- i seguenti soggetti privati che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a sé affidate _____;

d)

che i seguenti soggetti: coniuge/convivente more uxorio, parenti od affini entro il II°

☐

hanno avuto

☐

non hanno avuto

negli ultimi tre anni rapporti finanziari con:

- soggetti privati che hanno avuto interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a sé affidate _____;

INOLTRE DICHIARA (SOLO PER I DIRIGENTI)

all'atto dell'assegnazione dell'ufficio e

ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DPR n. 62/2013:

☐ di essere in possesso ☐ di non essere in possesso

di partecipazioni azionarie o di avere interessi finanziari che possono porsi in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgo:

☐ di avere ☐ di non avere

parenti e affini entro il II°, coniuge o convivente, che esercitano attività professionali o economiche, che mi pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrò dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che in caso di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale con miei interessi, con interessi del mio coniuge, o di conviventi, parenti, o affini entro il secondo grado ho l'obbligo di astenermi dal prendere decisioni o a svolgere attività inerenti alle mie mansioni (art. 6 c.2 DPR. N. 62/2013)

DATA

FIRMA

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante

COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'OBBLIGO DI ASTENSIONE EX ART. 7 DPR N. 62/2013

(resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, dipendente della..... in qualità di _____,
in servizio presso la Struttura _____

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 6-bis della L. n. 241/90 e dell'art. 7 del DPR n. 62/2013,

con riferimento al seguente procedimento (processo, atto, attività):

☐ di avere
Interessi propri nel procedimento indicato (processo, attività) indicato in premessa

o che il coniuge/convivente more uxorio, i parenti od affini entro il II°:

☐ hanno
interessi propri nel procedimento (processo, attività) indicato in premessa;

☐ di avere
rapporti di frequentazione abituale con _____;

o che il coniuge/convivente more uxorio, i parenti od affini entro il II°.

☐ hanno
rapporti di frequentazione abituale con _____;

☐ di avere
causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, con

_____;

o che il coniuge/convivente more uxorio, i parenti od affini entro il II°:

☐ hanno
causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, con

_____;

☐ di essere
tutore, curatore, procuratore o agente dei seguenti soggetti:

☐ di essere
amministratore, gerente o dirigente di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o
stabilimenti.

☐ la presenza
di gravi ragioni di convenienza, che comportano l'obbligo di astensione:

Chiede pertanto di poter essere sollevato dallo svolgimento dello specifico incarico/mansione relativo a

**La presente dichiarazione deve essere trasmessa al proprio Dirigente responsabile di Struttura e per
conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

DATA

FIRMA

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante

N. 4

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI
CONFLITTO DI INTERESSI AI SENSI DELL'ART. 53 C. 14 DLGS. n. 165/2001**

Il/la sottoscritto

dirigente della struttura.....

In merito all'affidamento dell'incarico nei confronti di:.....

Oggetto dell'incarico:

(Del/Det. n.....del.....)

Visto l'art. 15 c. 1 lett c) del D.lgs. n. 33/2013;

Tenuto conto della autocertificazione rilasciata dal professionista con cui dichiara di svolgere l'attività in questione in assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

Visto il Curriculum Vitae presentato

ATTESTA

l'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse attribuibili al
..... per lo svolgimento dell'incarico in premessa

IL DIRIGENTE (nome, struttura e firma)

Luogo, data

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA
DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a
a.....

il e residente in

Via..... n.....

Codice Fiscale,
professione.....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci ivi indicate sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR

n. 445/2000

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 53 c. 14 del D.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla lett. h) c. 42 art. 1 della L. n.
190/2012 e per gli effetti dell'art. 15 D.lgs. n. 33/2013

- Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per lo svolgimento dell'incarico presso la, di cui alla Del/Det. n....del.....;
- Di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono coinvolgere interessi propri ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado
- Di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento nazionale ex DPR n. 62/2013 e di quello aziendale approvato con Del. n. 713 del 14/11/2014

Luogo e data

In fede

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali

(ai sensi dell'art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i)
 Il/la sottoscritto nato/a..... il nella qualità di

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR n. 445/2000

ai sensi dell'art. 15 c. 1 lett c) del D.lgs. n. 33/2013, i seguenti dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

☐ di non avere incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato

☐ di avere i seguenti incarichi:

Incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione	Data di conferimento incarico	Data cessazione incarico

☐ di svolgere le seguenti attività professionali:

Ente presso il quale svolge la prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione	Oggetto della prestazione

☐ di non svolgere libera professione

☐ di svolgere libera professione collaborando con enti, professionisti e privati la cui natura dell'incarico risulta non in contrasto con l'incarico in oggetto

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata. Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet dell'Azienda alla sezione Amministrazione Trasparente, come prescritto dal D.lgs. n. 33/2013.

Genova,

Il dichiarante

N. 7

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Obblighi di pubblicazione concernenti i collaboratori o consulenti 1-2-5-6-8

(art. 15, c. 1, lett c) D.Lgs. n. 33/2013)

Dichiarazione ai fini della attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse. 1-2-3-8

(art. 53, c. 14 D.Lgs. n. 165/2001)

Obblighi di astensione 4,7,8

(artt. 42 e 77, c. 4,5,6 D.Lgs. 50/2016)

Consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni false o reticenti previste dall'art. 76 del D.P.R. medesimo, sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____, componente della Commissione tecnica/giudicatrice della "Gara n. _____, per l'affidamento della fornitura/del servizio/ dei lavori _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. di aver preso visione della legge n. 190 del 6/11/2012 recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione;
2. di aver preso visione dei D.Lgs. 33/2013 e 39/2013 recanti disposizioni in materia di trasparenza e inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni;
3. di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse previste dall'art. 53, c. 14 del D.Lgs. 165/2001;
4. di non trovarsi in situazioni di esclusione dalla partecipazione a procedure di selezione del contraente previste dall'art. 35 bis del D. Lgs. n. 165/2001;
5. ☐ di svolgere incarichi ovvero di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione. A tal fine si elencano di seguito i dati richiesti:

.....
.....
.....

☐ oppure di NON svolgere ovvero di non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

6. ☐ di svolgere le seguenti attività professionali/lavorative:

.....
.....
.....

☐ oppure di NON svolgere alcuna attività professionale;

7. che non sussistono, così come previsto dall'artt. 42 e 77, c. 4, 5, 6 , del D.Lgs. 50/2016, nell'ambito della gara sopracitata, le cause di astensione previste dall'art. 51 del Codice di Procedura Civile che di seguito si riportano.

Al Componente la Commissione è fatto obbligo di astenersi:

- 1) se ha interesse nella gara;
- 2) se egli stesso o la moglie è parente fino al quarto grado, o è convivente o commensale abituale di una delle ditte operanti nel settore merceologico offerenti o potenziali offerenti ;
- 3) se egli stesso o la moglie ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con una delle ditte operanti nel settore merceologico offerenti o potenziali offerenti;
- 4) se ha dato consiglio o prestato consulenza per una delle ditte operanti nel settore merceologico offerenti o potenziali offerenti per la redazione dell'offerta nella gara in questione o in altre gare analoghe;

8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi al mantenimento dell'incarico di collaborazione/consulenza in corso di svolgimento;

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di autorizzare al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Genova,

Firma del dichiarante

MODULO RICHIESTA D'ACCESSO AGLI ATTI

(L. n. 241/1990)

Al Responsabile del procedimento

Oggetto: istanza di accesso a documenti amministrativi ai sensi della l. n. 241/1990

_____ sottoscritt _____
 nat ____ a _____ il _____
 residente a _____ via/piazza _____
 documento di riconoscimento _____ n. _____
 rilasciato il _____ da _____
 e allegato in fotocopia

CHIEDE

- ☐ in nome proprio;
☐ in qualità di rappresentante di:
 nome _____ cognome _____ nat ____ a _____ il _____
 residente a _____ via/piazza _____ documento di riconoscimento _____ n. _____
 _____ rilasciato il _____ da _____ di cui allega copia
 in base alla procura del _____ allegata in copia
 oppure:
☐ in qualità di rappresentante della società/ditta _____
 in base alla procura /incarico del _____ di cui si allega copia
☐ di prendere visione;
☐ di ottenere copia semplice;
☐ di ottenere copia autentica;
☐ di ottenere copia autentica in bollo (allegare marca da bollo).
 del/dei seguente/i documento/i amministrativo/i (dati di identificazione):

Motivi della richiesta *

Si indicano i possibili controinteressati alla richiesta (facoltativo):

Si desidera ricevere riscontro alla presente e copia dei documenti richiesti:

- ☐ tramite posta
☐ tramite fax al n. _____
☐ tramite posta elettronica all'indirizzo di PEC _____
☐ ritiro da parte del richiedente (oppure: delegando il/la sig./sig.ra _____)

Luogo e data _____ Firma leggibile _____

* la motivazione è obbligatoria e deve dare conto dell'interesse diretto, concreto e attuale, della richiesta corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale e' chiesto l'accesso

N. 9

**Mancata risposta a istanza di accesso. Richiesta di intervento al Titolare del potere sostitutivo
(art. 2 comma 9-bis L. n. 241/1990)**

Al Titolare del potere sostitutivo de _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ Prov. _____ Via
_____ N. Civico _____ e-mail _____
Tel. _____ in qualità di: _____ (*)

Visti gli obblighi in materia di accesso civico in capo alle pubbliche amministrazioni previsti ex l. D.Lgs. 33/2013,

RICHIAMATA

La propria istanza del _____ relativa all'esercizio del diritto di accesso inoltrata
a _____ e concernente _____

CONSIDERATO

Che in risposta a detta istanza

- ☐ Ha ricevuto risposta parziale e/o incompleta senza giustificato motivo

☐ Non ha ricevuto risposta

Dall'Ufficio _____ con la nota che si allega

FA ISTANZA DI INTERVENTO

Ai fini di ottenere quanto richiesto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 comma 9 bis L. n. 241/1990.

Il richiedente allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
- I dati forniti saranno utilizzati da _____ per le proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.
- Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati per le stesse finalità di carattere istituzionale.
- Titolare del trattamento è _____ e responsabile del trattamento è il RPCT _____.
- L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003 N° 196.

Data Firma

(*) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

N. 10
Accesso civico (art. 5 comma 1 D.Lgs. n.33/2013)

All' Ufficio _____
Competente
All'Ufficio Relazioni con il Pubblico
All'Ufficio _____ (individuato nella
sezione "Amministrazione Trasparente")
Al Responsabile della Prevenzione della corruzione
e della trasparenza

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ Prov. _____ Via
_____ N. Civico _____ e-mail _____
Tel. _____ in qualità di: _____ (*)

Visti gli obblighi in capo alle pubbliche amministrazioni previsti dal D.Lgs. n. 33/2013, in materia di pubblicazione obbligatorie di documenti, informazioni o dati:

CHIEDE

☐ Che vengano pubblicati sul sito de _____ i seguenti documenti:

☐ Che vengano pubblicati sul sito de _____ i seguenti dati o informazioni:

Il richiedente allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
- I dati forniti saranno utilizzati da _____ per le proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.
- Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati per le stesse finalità di carattere istituzionale.
- Titolare del trattamento è _____ e responsabile del trattamento è il Titolare del Potere sostitutivo _____.
- L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 30 giugno 2003 N° 196.

Data Firma

(*) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

N. 11
Accesso civico “rinforzato” (art. 5 comma 2 D.Lgs. n.33/2013)

All' Ufficio _____
Competente
All'Ufficio Relazioni con il Pubblico
All'Ufficio _____ (individuato nella
sezione “Amministrazione Trasparente”)
Al Responsabile della Prevenzione della corruzione
e della trasparenza

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ Prov. _____ Via
_____ N. Civico _____ e-mail _____
Tel. _____ in qualità di: _____ (*)

Visti gli obblighi in capo alle pubbliche amministrazioni previsti dal D.Lgs. n. 33/2013, di consentire a chiunque l'accesso ai dati ed ai documenti detenuti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti

CHIEDE

☐ di poter accedere ai seguenti documenti, ulteriori rispetto a quelli già oggetto di pubblicazione sul sito:

Il richiedente allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
- I dati forniti saranno utilizzati da _____ per le proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.
- Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati per le stesse finalità di carattere istituzionale.
- Titolare del trattamento è _____ e responsabile del trattamento è il Titolare del Potere sostitutivo _____.
- L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n° 30 giugno 2003 N° 196.

Data Firma

(*) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

N. 12

**Diniego o ritardo nell' accesso civico. Richiesta di riesame al RPCT
(art. 5 comma 7 D.Lgs. n.33/2013)**

Al Responsabile della Prevenzione della corruzione
e della trasparenza de _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ Prov. _____ Via
_____ N. Civico _____ e-mail _____
Tel. _____ in qualità di: _____ (*)

Visti gli obblighi in materia di accesso civico in capo alle pubbliche amministrazioni previsti exl D.Lgs. 33/2013,

RICHIAMATA

La propria istanza del _____ relativa a _____

CONSIDERATO

Che in risposta a detta istanza

- ☐ Ha ricevuto diniego totale
- ☐ Ha ricevuto diniego parziale _____
- ☐ Non ha ricevuto risposta

Dall'Ufficio _____ con la nota che si allega

FA ISTANZA DI RIESAME

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 5 comma 7 D. Lgs. n. 33/2013.

Il richiedente allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
- I dati forniti saranno utilizzati da _____ per le proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.
- Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati per le stesse finalità di carattere istituzionale.
- Titolare del trattamento è _____ e responsabile del trattamento è il RPCT _____.
- L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 30 giugno 2003 N° 196.

Data Firma

(*) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE

ai sensi dell'art. 54-bis del Decreto Legislativo 30/03/2001, n. 165

(Art. 1, comma 51, Legge 6 novembre 2012, n. 190)

Il sottoscritto dipendente _____,
nato a _____ il _____ e residente in _____,
Via _____,
Qualifica: _____,
Area e Sede di assegnazione: _____,
Telefono: _____ Cellulare: _____,
E-Mail: _____ PEC: _____;
– a conoscenza delle Linee guida per l'esercizio del Whistleblowing presso _____;

DICHIARA

Di essere venuto a conoscenza, per ragioni attinenti al servizio prestato, delle seguenti condotte illecite
(*descrizione del fatto*):

Circostanze generali (*Luogo, Data e/o periodo di tempo durante il quale si è verificato l'illecito*):

Autore / i dell'illecito (*dati anagrafici se conosciuti, qualifica, servizio ed ogni altro elemento idoneo all'identificazione*):

Altri soggetti a conoscenza dell'illecito, o comunque in grado di riferire sui fatti:

Eventuali documenti o elementi di fatto a sostegno della segnalazione:

Data, _____ Firma del Segnalante _____

Il Segnalante autorizza _____ al trattamento dei propri dati personali, in base al D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196. Informativa ex art. 13, D.Lgs 196/2003: il Titolare del trattamento dati è _____. Il Responsabile del trattamento, al quale rivolgersi per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7

D.Lgs 196/2003, è il Responsabile per la prevenzione e la repressione della corruzione, Dott. _____ . I dati forniti saranno trattati per le finalità previste dalla normativa anticorruzione (L. 190/2012) e dal D.Lgs 165/2001 ed s.m.i. nonché dalle relative disposizioni di attuazione, ivi comprese le Linee guida di Agenzia.

Data, _____ Firma del Segnalante _____

Il segnalante CONSENTE ☐ NON CONSENTE ☐ che la propria identità venga rivelata a terzi.

Il segnalante dichiara di essere a conoscenza delle procedure previste dalle Linee guida
_____ per quanto concerne la protezione della propria identità, ai sensi di legge.

Data, _____ Firma del Segnalante _____

SEGNALAZIONE DI MISURE DISCRIMINATORIE**Ai sensi dell'art. 54-bis del Decreto Legislativo 30/03/2001, n. 165****(Art. 1, comma 51, Legge 6 novembre 2012, n. 190)**

Il sottoscritto dipendente _____,
 nato a _____ il _____ e residente in _____,
 Via _____,
 Qualifica: _____,
 Area e Sede di assegnazione: _____,
 Telefono: _____ Cellulare: _____,
 E-Mail: _____ PEC: _____;

DICHIARA

Di aver segnalato le seguenti condotte illecite in data _____, come risultante dalla nota / verbale Numero Protocollo Riservato: _____ del: _____, in allegato alla presente.
 Il sottoscritto dichiara di essere stato sottoposto alle seguenti misure discriminatorie:

Il sottoscritto ritiene che le misure discriminatorie di cui sopra, siano state attuate a causa della segnalazione citata in premessa, in quanto (*indicare i propri rilievi in merito, evidenziando possibili motivi di dubbio o incertezza*):

Circostanze generali (*Luogo, Data e/o periodo di tempo delle misure discriminatorie*):

Autore / i delle misure discriminatorie (*dati anagrafici se conosciuti, qualifica, servizio ed ogni altro elemento idoneo all'identificazione*):

Altri soggetti a conoscenza delle misure discriminatorie, o comunque in grado di riferire sui fatti:

Eventuali documenti o elementi di fatto a sostegno della segnalazione (*evidenziare i motivi per i quali il dichiarante ritiene discriminatorie le misure adottate nei suoi confronti, in relazione alla prassi normalmente in uso presso il proprio ambiente lavorativo*):

Data, _____ Firma del Segnalante _____

Il Segnalante autorizza _____ al trattamento dei propri dati personali, in base al D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196. Informativa ex art. 13, D.Lgs 196/2003: il Titolare del trattamento dati è _____. Il Responsabile del trattamento, al quale rivolgersi per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 D.Lgs 196/2003, è il Responsabile per la prevenzione e la repressione della corruzione, Dott. _____. I dati forniti saranno trattati per le finalità previste dalla normativa anticorruzione (L. 190/2012) e dal D.Lgs 165/2001 ed s.m.i. nonché dalle relative disposizioni di attuazione, ivi comprese le Linee guida _____.

Data, _____ Firma del Segnalante _____

Il segnalante CONSENTE ☐ NON CONSENTE ☐ che la propria identità venga rivelata a terzi.

Il segnalante dichiara di essere a conoscenza delle procedure previste dalle Linee guida de _____ per quanto concerne la protezione della propria identità, ai sensi di legge.

Data, _____ Firma del Segnalante _____

N.B. il presente modulo dovrà essere trasmesso obbligatoriamente al Dipartimento per la Funzione Pubblica, a cura del Responsabile per la prevenzione e repressione della corruzione, ai sensi del comma 3 dell'art. 54-bis, D.Lgs 165/2001, nonché – se ne ricorrano le condizioni – all'Autorità giudiziaria competente.

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente di questa
..... presso la S.C./Dipartimento/Distretto _____
con qualifica _____ telefono _____ e-mail: _____
in relazione alla propria partecipazione all'iniziativa di aggiornamento (Corso, Seminario, Stage, etc.)

organizzata da _____
che si svolgerà a _____ dal _____ al _____
con l'utilizzo di: ☐ permesso retribuito, giorni _____ ☐ ore _____ (Comparto/Dirigenza)
☐ cumulo quota oraria settimanale, giorni _____ ☐ ore _____ (Dirigenza)
(barrare la casella che interessa)
finanziata da Ditta/Sponsor _____ e senza alcun onere a carico
dell'Azienda sanitaria

consapevole della responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai
sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

la totale assenza di conflitto di interessi

lì, _____ Firma _____

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO/DISTRETTO/S.C.

esaminata la richiesta e considerato che tale aggiornamento consente di raggiungere il seguente
obiettivo formativo:

_____ e la seguente ricaduta sul Servizio _____

☐ autorizza il dipendente a partecipare alla suddetta attività di formazione facoltativa

☐ non autorizza per la seguente motivazione: _____

Timbro e firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento/Distretto/S.C.

MODELLO B1 – situazione patrimoniale al 31/12/2015

DICHIARAZIONE SITUAZIONE PATRIMONIALE TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO –
TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

DICHIARAZIONE PER LA PUBBLICITÀ DELLO STATO PATRIMONIALE

(l. 441/1982 — d.lgs 33/2013)

Il sottoscritto / La sottoscritta

DICHIARANTE			
<i>Incarico ricoperto in</i>			
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data di nascita</i>	<i>stato civile</i>
<i>comune di nascita</i>	<i>provincia</i>	<i>comune di residenza</i>	<i>provincia</i>

DICHIARA

La seguente situazione patrimoniale al 31/12/2015:

BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)

<i>natura del diritto³</i>	<i>Descrizione del bene⁴</i>	<i>Comune e Provincia</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

³ Specificare se trattasi di: proprietà (e in che percentuale); superficie; enfiteusi; usufrutto; uso; abitazione; servitù; ipoteca

⁴ Specificare se trattasi di: fabbricato; terreno.

BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI (autoveicoli, motoveicoli, imbarcazioni, aeromobili)

<i>tipo, marca, modello</i>	<i>CV fiscali</i>	<i>anno immatricolazione</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

AZIONI DI SOCIETA'

<i>tipo, denominazione</i>	<i>quantità</i>	<i>valore in euro</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

PARTECIPAZIONI IN SOCIETA'⁵

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>quota posseduta in percentuale</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

⁵ Si intendono le partecipazioni che non siano rappresentate da azioni (queste ultime rientrano nel riquadro precedente)

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETÀ

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>natura dell'incarico</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

TITOLARITA' DI IMPRESE

<i>Denominazione impresa</i>	<i>Sede legale impresa</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

data

firma del Dichiarante

MODELLO B2- situazione patrimoniale coniuge non separato al 31/12/2015

DICHIARAZIONE SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL CONIUGE DEL TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO – TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

(Dichiarazione relativa al coniuge non separato e consenziente)

DICHIARAZIONE PER LA PUBBLICITÀ DELLO STATO PATRIMONIALE

(l. 441/1982 — d.lgs 33/2013)

Il sottoscritto / La sottoscritta

DICHIARANTE			
<i>Incarico ricoperto in</i>			
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data di nascita</i>	<i>stato civile</i>
<i>comune di nascita</i>	<i>provincia</i>	<i>comune di residenza</i>	<i>provincia</i>

DICHIARA

CON RIFERIMENTO AL PROPRIO CONIUGE NON SEPARATO, la seguente situazione patrimoniale al 31/12/2015:

BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)

<i>natura del diritto⁶</i>	<i>Descrizione del bene⁷</i>	<i>Comune e Provincia</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			

⁶ Specificare se trattasi di: proprietà (e in che percentuale); superficie; enfiteusi; usufrutto; uso; abitazione; servitù; ipoteca

⁷ Specificare se trattasi di: fabbricato; terreno.

BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI (autoveicoli, motoveicoli, imbarcazioni, aeromobili)

<i>tipo, marca, modello</i>	<i>CV fiscali</i>	<i>anno immatricolazione</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

AZIONI DI SOCIETA'

<i>tipo, denominazione</i>	<i>quantità</i>	<i>valore in euro</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

PARTECIPAZIONI IN SOCIETA'⁸

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>quota posseduta in percentuale</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETÀ

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>natura dell'incarico</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		

⁸ Si intendono le partecipazioni che non siano rappresentate da azioni (queste ultime rientrano nel riquadro precedente)

4		
5		

TITOLARITA' DI IMPRESE

<i>Denominazione impresa</i>	<i>Sede legale impresa</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

Dichiaro altresì di essere consapevole che i dati della presente dichiarazione saranno pubblicati sul sito web istituzionale dell'Asl3 Genovese ai sensi dell'art. 14 D. Lgs. 97/2016.

data

firma del Dichiarante

MODELLO B3 - situazione patrimoniale parenti entro il 2° grado al 31/12/2015

DICHIARAZIONE SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL PARENTE ENTRO IL SECONDO GRADO DEL
TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO – TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI
(Dichiarazione relativa al parente entro il secondo grado⁹ consenziente)

DICHIARAZIONE PER LA PUBBLICITÀ DELLO STATO PATRIMONIALE

(l. 441/1982 — d.lgs 33/2013)

Il sottoscritto / La sottoscritta

DICHIARANTE			
<i>Incarico ricoperto in</i>			
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data di nascita</i>	<i>stato civile</i>
<i>comune di nascita</i>	<i>provincia</i>	<i>comune di residenza</i>	<i>provincia</i>

DICHIARA

CON RIFERIMENTO AL PROPRIO PARENTE ENTRO IL SECONDO GRADO
..... (indicare cognome, nome e relazione di
parentela), **la seguente situazione patrimoniale al 31/12/2015:**

BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)

<i>natura del diritto¹⁰</i>	<i>Descrizione del bene¹¹</i>	<i>Comune e Provincia</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

⁹ Sono parenti entro il secondo grado ai sensi degli artt. 74-76 cod. civ. : genitori; nonni; figli; fratelli; sorelle; nipoti in quanto figli dei figli.

¹⁰ Specificare se trattasi di: proprietà (e in che percentuale); superficie; enfiteusi; usufrutto; uso; abitazione; servitù; ipoteca

¹¹ Specificare se trattasi di: fabbricato; terreno.

BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI (autoveicoli, motoveicoli, imbarcazioni, aeromobili)

<i>tipo, marca, modello</i>	<i>CV fiscali</i>	<i>anno immatricolazione</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

AZIONI DI SOCIETA'

<i>tipo, denominazione</i>	<i>quantità</i>	<i>valore in euro</i>	<i>note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

PARTECIPAZIONI IN SOCIETA'¹²

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>quota posseduta in percentuale</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETÀ

<i>società (tipo, denominazione, sede)</i>	<i>natura dell'incarico</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		

¹² Si intendono le partecipazioni che non siano rappresentate da azioni (queste ultime rientrano nel riquadro precedente)

4		
5		

TITOLARITA' DI IMPRESE

<i>Denominazione impresa</i>	<i>Sede legale impresa</i>	<i>note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Dichiaro altresì di essere consapevole che i dati della presente dichiarazione saranno pubblicati sul sito web istituzionale dell'Azienda sanitaria ai sensi dell'art. 14 D. Lgs. 97/2016.

data

firma del Dichiarante

MODELLO C1 - diniego consenso coniuge non separato

DICHIARAZIONE DI DINIEGO DEL CONSENSO DA PARTE DEL CONIUGE DEL TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO – TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

(Dichiarazione relativa al coniuge non separato)

DICHIARAZIONE DI DINIEGO DEL CONSENSO

(l. 441/1982 – d.lgs 33/2013)

Io sottoscritto / a

DICHIARANTE TITOLARE DI INCARICO	
<i>cognome</i>	<i>nome</i>
<i>Incarico ricoperto in Asl3 Genovese</i>	

Dichiaro che il mio coniuge non separato ha negato il consenso per gli adempimenti relativi alle dichiarazioni sotto indicate (barrare la voce o le voci d'interesse):

- ☐ **Dichiarazione della situazione reddituale al 31/12/2015**
- ☐ **Dichiarazione della situazione patrimoniale al 31/12/2015**

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

Sono consapevole che la presente dichiarazione di diniego di consenso verrà pubblicata sul sito web istituzionale ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 97/2016.

data

Firma

MODELLO C2 - diniego consenso parenti entro il 2° grado

DICHIARAZIONE DI DINIEGO DEL CONSENSO DA PARTE DEL PARENTE ENTRO IL SECONDO GRADO DEL
TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO – TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

(Dichiarazione relativa al parente entro il secondo grado¹³)

DICHIARAZIONE DI DINIEGO DEL CONSENSO
--

(l. 441/1982 – d.lgs 33/2013)

DICHIARANTE TITOLARE DI INCARICO	
<i>cognome</i>	<i>nome</i>
<i>Incarico ricoperto in</i>	

Dichiaro che i sotto elencati parenti entro il secondo grado hanno negato il consenso per gli adempimenti relativi alle dichiarazioni sotto indicate.

<i>Relazione di parentela (non occorre l'indicazione dei nominativi dei parenti)</i>
1.
2.
3.
4.
5.
6.

(barrare la voce o le voci d'interesse):

- ☐ Dichiarazione della situazione reddituale al 31/12/2015
- ☐ Dichiarazione della situazione patrimoniale al 31/12/2015

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

Sono consapevole che la presente dichiarazione di diniego di consenso verrà pubblicata sul sito web istituzionale dell'Azienda sanitaria ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 97/2016.

data

Firma

¹³ Sono parenti entro il secondo grado ai sensi degli artt. 74-76 cod. civ. : genitori; nonni; figli; fratelli; sorelle; nipoti in quanto figli dei figli.

N. 16/f
MODELLO D – altre cariche /incarichi presso altri enti

DICHIARAZIONE IN RELAZIONE AGLI ARTT. 14 E 47 D.LGS. 33/2013

DEL TITOLARE DI INCARICHI DI DIREZIONE/GOVERNO – TITOLARE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

DICHIARAZIONE EX ARTT. 14 E 47 D.LGS. 33/2013

(l. 441/1982 – d.lgs 33/2013)

DICHIARANTE			
<i>Incarico ricoperto in</i>			
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data di nascita</i>	<i>stato civile</i>
<i>comune di nascita</i>	<i>provincia</i>	<i>comune di residenza</i>	<i>provincia</i>

ASSUNZIONE DI ALTRE CARICHE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI E RELATIVI COMPENSI

<i>Carica rivestita</i>	<i>Ente</i>	<i>Compenso percepito</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA E RELATIVI COMPENSI

<i>Incarico</i>	<i>Ente</i>	<i>Compenso a carica della finanza pubblica spettante</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			
5			

TITOLARIETA' DI MPRESE

<i>Denominazione impresa</i>	<i>Sede legale impresa</i>	<i>Note</i>
1		
2		
3		
4		
5		

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

data

Firma del Dichiarante