

***Piano Triennale per la Prevenzione della
Corruzione
e la Trasparenza
dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale (ASL)
n. 2 della Gallura***

***Anno
2022-2024***

Il presente documento è stato elaborato dal RPCT Dott. Leonardo Tilocca

INDICE GENERALE

PARTE I: Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

1. Soggetti destinatari del presente piano
2. *Il perché di questo piano*
3. Contesto Interno
 - 3.1 *Organizzazione aziendale*
 - 3.2 *L'Organigramma aziendale*
 - 3.3 *Le macro-articolazioni e le articolazioni aziendali*
 - 3.4 *Le risorse umane*
4. *Contesto Esterno*
5. *Contenuto e processo di aggiornamento del PTPCT*
6. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASL n. 2 della Gallura
 - 6.1 *Compiti e poteri del RPCT*
 - 6.2 *Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT*
 - 6.3 *I rapporti con l'organo di indirizzo*
 - 6.4 *I rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione*
 - 6.5 *Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT*
 - 6.6 *In tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi*
7. *I referenti aziendali del responsabile della prevenzione della corruzione*
 - 7.1 *Soggetti chiave*
 - 7.2 *Il Direttore Generale*
 - 7.3 *I Referenti del RPCT*
 - 7.4 *Organismo di Valutazione Interna (OIV) dell'ATS Sardegna*
 - 7.5 *Il Collegio sindacale*
 - 7.6 *I Direttori di Dipartimento/ Servizio/ U.O. e tutti i dirigenti nonché i responsabili di ufficio e incarico per l'area di competenza*
 - 7.7 *La Commissione Procedimenti Disciplinari (UPD)*
 - 7.8 *I Dipendenti e i collaboratori*
 - 7.9 *I Pazienti, le Associazioni di tutela dei malati, i collaboratori delle ditte fornitrici e gli altri soggetti esterni (stakeholder)*
 - 7.10 *Responsabile dell'anagrafe stazione appaltante (rasa) e soggetto gestore per l'anticiclaggio*
8. *La strategia per la prevenzione della corruzione e il collegamento con il ciclo delle performance*
9. *Monitoraggio e riesame delle misure del PTPCT*
10. *Aree di rischio*
 - 10.1 *Settori a maggiore impatto e rischio di corruzione. Appalti Pubblici.*
 - 10.2 *Valutazione del rischio*
 - 10.3 *Trattamento del rischio*

Parte II – Piano per la Trasparenza

11. il Programma per la Trasparenza 2022-2024
 - 11.1 *Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL n. 2 della Gallura*
12. Rotazione del personale
 - 12.1 *Criteri per la rotazione ordinaria del personale*
 - 12.2 *Rotazione ordinaria del personale dirigenziale*
 - 12.3 *Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale*
 - 12.4 *Rotazione straordinaria del personale*
 - 12.5 *Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria*
 - 12.6 *Durata della rotazione straordinaria*
 - 12.7 *Rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio*

13. Gestione del conflitto di interesse
14. Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione
- 14.1 Nuovo art. 35 bis D.Lgs165/2001
15. Incompatibilità/Inconferibilità incarichi
- 15.1 Svolgimento di incarichi di ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali
16. Revolving door-Pantouflage
17. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)
18. Formazione
19. Patti di Integrità negli affidamenti
20. Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti
21. Misure Specifiche
22. Misure Trasversali di Prevenzione
23. Flussi informativi
24. Giornate della Trasparenza
25. Violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e responsabilità
26. Prospettive evolutive
27. Relazione del RPCT
28. Trasparenza e privacy
29. Entrata in vigore

Allegati al Piano:

- all. 00 - Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza anno 2022-2024;
- all. 01 - Contesto esterno regionale;
- all. 02 - Obblighi di pubblicazione;
- all. 03 - Tabella Rischi e Misure;
- all. 04 - Catalogo procedimenti;
- all. 05 - Normativa di Riferimento;

PARTE I: PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**1. SOGGETTI DESTINATARI DEL PRESENTE PIANO**

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal presente Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza:

- i dipendenti dell'ASL n. 2 della Gallura, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale presso l'ASL n. 2 della Gallura, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- i collaboratori e consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ATS Sardegna;
- tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'ASL n. 2 della Gallura;

2. IL PERCHÈ DI QUESTO PIANO

Il presente documento rappresenta il primo Piano per la Prevenzione della Corruzione e per l'attuazione della Trasparenza dell'ASL n. 2 della Gallura.

L'Azienda, infatti, nasce il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvato con la Legge Regionale n. 24/2020.

IL Piano è l'atto attraverso il quale verranno individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione.

In considerazione della sua natura strategica il Piano non può essere visto come un'attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione ma, va inteso come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

Così come previsto, il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione verrà integrato dal Piano per l'attuazione della trasparenza sia perché la Trasparenza rappresenta uno strumento per la prevenzione della corruzione e sia perché così è stato disposto dalle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2015.

L'ASL n. 2 della Gallura, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi possono causare in termini di fiducia degli utenti-cittadini, intende impegnarsi proficuamente nel contrastare il fenomeno soprattutto con una azione preventiva e, per questo motivo il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta occasione di miglioramento per il recupero della reputazione e fiducia, a maggior ragione per questa Azienda che, in quanto nuova Azienda ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale, può diventare modello ed esempio per la "best practice" in materia di lotta alla corruzione e per la trasparenza.

3. Contesto Interno**3.1 Organizzazione aziendale**

Con la L.R. n. 24/2020 è stata riformata l'organizzazione del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna (RAS), prevedendo di affidare alle Aziende Socio-Sanitarie Locali (ASL) la responsabilità dei servizi assistenziali nei rispettivi territori di competenza, e all'Azienda Regionale per la Salute (ARES) compiti e funzioni di carattere tecnico-amministrativo a favore delle ASL.

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 della Gallura, costituita dal 01.01.2022, come da DGR n. 46/24 del 25.11.2021 della Regione Autonoma della Sardegna (RAS), non ha ancora definito il proprio assetto organizzativo ed è priva di Atto Aziendale (gli indirizzi per l'adozione dell'Atto Aziendale pubblicati con DGR n. 12/15 del 7.04.2022 sono ad oggi all'esame della competente Commissione Consiliare).

Ci si trova, pertanto in un contesto caratterizzato da una fase transitoria di implementazione della riforma di cui alla L.R. 24/2020.

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 87 del 15.04.2022, l'ASL n. 2 della Gallura ha recepito i regolamenti/linee guida/procedure adottati da ATS Sardegna, in quanto compatibili, al fine di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi, così come previsto dalla RAS.

Sotto il profilo amministrativo, nella presente fase transitoria, l'Azienda è composta da due servizi, il Servizio Giuridico Amministrativo e il Servizio Programmazione e Controllo (strutture ereditate dalla precedente organizzazione amministrativa di ATS Sardegna) In particolare il Servizio Giuridico Amministrativo, svolge le sue competenze in diversi ambiti dell'attività aziendale.

Esso, infatti abbraccia le attività più propriamente afferenti ad un servizio di Affari Generali, quali la pubblicazione atti, la gestione del protocollo informatico e l'attività di supporto tecnico amministrativo al Direttore Generale ma, altresì, attività quali gli acquisti al momento entro la soglia di € 40.000,00, ha limitata competenza in materia di personale.

I limiti alle competenze discendono dall'organizzazione che l'organo politico ha impresso con la Legge Regionale 24 del 11.09.2020 in forza della quale sono delineate le competenze ed i limiti propri di ognuno degli attori del Sistema Sanitario Regionale.

In ogni caso, la riforma attuata con la sopra citata Legge Regionale prevede di affidare alle Aziende Sanitarie Locali la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES di assicurare in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

Sotto il profilo dell'organizzazione sanitaria il modello è strutturato in tre macro articolazioni:

- a) presidio ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri la Legge 24/2020 ha voluto superare l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti sebbene, nelle more della riorganizzazione trovino applicazione le disposizioni del Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale della Regione Sardegna ha approvato la rete ospedaliera attualmente vigente;
- b) distretti socio sanitari, che nell'Azienda Socio sanitaria Locale n. 2 della Gallura sono tre, costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;
- c) dipartimenti strutturali (ospedalieri e territoriali);

3.2 L'Organigramma aziendale

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. Allo stato attuale l'organizzazione aziendale non è stata ancora compiutamente delineata e sarà pertanto successivamente aggiornata questa parte del Piano.

Si darà tuttavia conto del modello organizzativo delineato dalla vigente normativa Regionale.

Il modello organizzativo delineato nella Deliberazione 12/15 del 7 aprile 2022 evidenzia la:

- direzione aziendale (Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo);
- strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: Collegio Sindacale, OIV, Collegio di Direzione, Consiglio delle Professioni sanitarie; Affari Generali, Trasparenza e Anticorruzione, Direttore Socio Sanitario;
- Tecnostruttura amministrativa: Bilancio, Tecnico - logistico e patrimonio, Pianificazione strategica, Acquisti, ICT, GRU (personale), Programmazione e Controllo di gestione e flussi informativi;
- Organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza: Assistenza Collettiva, Dipartimento di Prevenzione, Sanità Penitenziaria, Assistenza Territoriale, Distretti, Servizio Prevenzione e Protezione, Assistenza Ospedaliera, Dipartimento di Salute Mentale, Rischio Clinico, Assistenza Farmaceutica, Presidi Ospedalieri, Clinical Governance.

L'assetto prevede una organizzazione di tipo dipartimentale.

3.3 Le macro-articolazioni e le articolazioni aziendali

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale (ASL) n. 2 della Gallura provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate.

Più specificatamente l'ASL Gallura assicura attualmente l'erogazione delle prestazioni attraverso le seguenti macro-articolazioni e articolazioni:

Distretti Socio Sanitari:

Il territorio della ASL n. 2 della Gallura è suddiviso in tre Distretti Socio Sanitari

- a) Distretto di Olbia -
- b) Distretto di Tempio Pausania -
- c) Distretto di La Maddalena;

Presidi Ospedalieri:

All'interno del territorio insistono tre strutture ospedaliere:

- a) P.O. "Giovanni Paolo II" – Olbia -
- b) P.O. "Paolo Dettori" – Tempio Pausania
- c) P.O. "Paolo Merlo" – La Maddalena -

3.4 Le risorse umane

L'organico attuale rappresenta un elemento di criticità poiché le dotazioni organiche iniziali sono state individuate sulla base del personale assegnato alle omonime strutture presenti in ATS Sardegna al 31 dicembre 2021, transitate in ASL e risultano pertanto non adeguate.

Tuttavia, c'è stata l'implementazione del personale grazie all'assegnazione di personale assunto a tempo determinato, reclutato da apposite graduatorie approvate da ATS Sardegna.

All'esito della esatta definizione delle strutture aziendali che verrà indicata dal Legislatore, verranno conseguentemente ridefinite le dotazioni organiche e le assegnazioni del personale tra l'Azienda Regionale della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Locali e, conseguentemente si provvederà ad aggiornare il presente Piano.

4 Contesto Esterno (relazione Allegato 1)

Per l'analisi del contesto esterno si rinvia all'analisi di contesto allegata al Piano Triennale pubblicato per il triennio 2019-2021 da ATS Sardegna.

5. CONTENUTO E PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza (PTPCT) della ASL n. 2 della Gallura, secondo quanto previsto dalla Legge del 06.11.2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", e da quanto previsto dall'art. 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 e del Piano Nazionale Anticorruzione dovrà essere inserito nel contesto del PIAO.

La circostanza legata alla nascita dell'Azienda a partire dal 1 gennaio 2022 e la mancanza delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale non hanno consentito di poter aprire un tavolo di confronto con le articolazioni aziendali tali da consentire una appropriata elaborazione del presente Piano che, pertanto, verrà successivamente integrato ed aggiornato

In ogni caso, ai fini della valutazione dei potenziali fattori di rischio corruttivo verranno analizzati i processi individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA, tenendo conto delle peculiarità delle funzioni attribuite alla Azienda dal Legislatore Regionale.

L'aggiornamento del Piano Triennale terrà conto dei risultati dell'attività di monitoraggio effettuata su alcuni processi e del monitoraggio del PTPCT svolto con i singoli dirigenti delle aree a rischio.

La direzione aziendale garantisce la piena disponibilità per l'attuazione delle misure di prevenzione.

6. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'ASL n. 2 della Gallura**6.1 Compiti e poteri del RPCT**

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

- L'art. 1 co. 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art. 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto «*un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*».
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: «*Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni*».
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

6.2 Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a «*fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione*» 1.
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a «*rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione*».

6.3 I rapporti con l'organo di indirizzo

- L'art. 1, co. 8, l.190/2012 stabilisce che «*l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC*». Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.
- L'art. 1, co.14, l.190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.
- L'art. 1, co. 7, l.190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.

- La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che *"l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività"*.

6.4 I rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione

- L'art. 43, D.Lgs33/2013 stabilisce che al RPCT spetta il *"controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione"*.
- L'art. 15, d.lgs. 39/2013 analogamente, stabilisce che il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.
- La medesima norma, al comma 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT (di cui si dà conto più avanti) messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con *"Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione"* adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.
- L'art. 15, c. 3, D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.
- L'art. 45, c. 2, D.Lgs33/2013 stabilisce che l'ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni. (Sul punto giova ricordare che il Responsabile della trasparenza coincide, di norma con il Responsabile della prevenzione della corruzione - sul punto cfr. PNA 2016, § 5.2.)

6.5 Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT

Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, c. 7 e c. 82, l. n. 190/2012, art. 15, c. 3, del D.Lgs39/2013).

6.6 In tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Ai sensi dall'art. 15 d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione"*, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT *"avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPCT è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPCT irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."*

In tema di responsabilità del RPCT a fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità.

In particolare, l'art. 12 stabilisce che *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine"*

della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...)risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

7. I REFERENTI AZIENDALI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I Referenti aziendali fungono da interlocutori stabili del RPC nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo, hanno il compito di affiancarlo nello svolgimento in particolare nell'attività di gestione dei rischi, monitoraggio sull'attuazione delle misure e sugli obblighi di pubblicazione, diffusione dei documenti per la prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento, PTPC, ecc.), misure e obblighi in essi contenuti (es. obbligo di astensione e comunicazione dei conflitti di interesse, ecc.) nonché di sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica.

I Referenti del RPC vigilano sulla corretta applicazione di quanto previsto dai Regolamenti attinenti ai rapporti con i soggetti esterni, ad es. quelli che disciplinano gli accessi da parte degli informatori scientifici/ rappresentanti di ditte esterne (farmaci, dispositivi medici e tecnici ortopedici), il Regolamento sulla formazione esterna.

7.1 SOGGETTI CHIAVE

La prevenzione dei fenomeni di corruzione e di maladministration, in generale, deve riguardare ogni singolo cittadino o organizzazione. Ognuno di noi deve sentirsi coinvolto, qualunque sia il ruolo all'interno della società nel contrasto alla corruzione che in sanità assume una connotazione più grave poiché sottrae risorse, oramai sempre più scarse, alla cura dei pazienti.

L'azione di contrasto deve essere pertanto forte e decisa e deve provenire da ogni singola persona.

La normativa individua alcune figure impegnate nel processo di prevenzione di fenomeni di corruzione.

All'interno della ASL n. 2 della Gallura questi soggetti sono:

7.2 Il Direttore Generale

- designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza e adotta il presente Piano;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

7.3 I Referenti del RPCT

- supportano e affiancano il RPC e RT nello svolgimento dei propri compiti e nell'attività di monitoraggio delle misure;
- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione del PTPC, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali;
- coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nelle attività previste dal PTPC;
- forniscono gli elementi necessari per la valutazione dei rischi e l'aggiornamento del Piano.

7.4 Organismo di Valutazione Interna (OIV) dell'ASL n. 2 della Gallura

- attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, secondo la vigente normativa in materia.
- supporta il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo
- la verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
- la valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
- la valutazione degli obiettivi affidati ai dirigenti e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
- il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni;

- la verifica della coerenza tra PTPC e obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale nonché la presenza degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nei documenti di misurazione e valutazione delle performance (art. 44 D.Lgs 33/2013 e PNA 2016).

Costituisce inoltre organismo di valutazione di seconda istanza sul raggiungimento degli obiettivi individuali affidati ai dirigenti in sede di programmazione annuale dell'attività e dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti responsabili di struttura. L'esito della valutazione rileva ai fini dell'attribuzione della quota attesa di retribuzione di risultato e concorre alla valutazione pluriennale dei dirigenti.

7.5 Il Collegio sindacale (in fase di individuazione dei componenti)

Il Collegio sindacale è un organo dell'Azienda al quale sono attribuiti compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione aziendale.

Il PNA 2016 rafforza e riconosce il Collegio sindacale quale organo deputato a verifiche sulle aree a maggior rischio proprio con riferimento al fenomeno della maladministration.:

7.6 I Direttori di Dipartimento/ Servizio/ U.O. e tutti i dirigenti nonché i responsabili di ufficio e incarico per l'area di competenza (attualmente solo parte delle strutture ospedaliere, amministrative e tecniche hanno direttori incaricati).

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- partecipano al processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e alla corretta implementazione/attuazione delle misure;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPC e dei Referenti del RPC;
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni del presente Piano e di tutte le misure, sia generali che specifiche, del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;
- assicurano la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale.

Con riferimento al RUOLO E ALLE RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI/DIRETTORI si richiama altresì il testo innovato dell'art. 16 del D.Lgs. n. 165 del 2001 sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti predetti:

- *1-bis) concorrano alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*
- *1-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*
- *1-quater) provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti, l'attività di gestione di tutti i rischi, incluso quello di corruzione, i piani di contenimento dei rischi e l'attività di monitoraggio sono attività proprie del ruolo dirigenziale.

Pertanto i dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio di corruzione per quelli a maggior impatto e probabilità, quindi operando attivamente in materia di rischi e controlli all'interno dei propri processi.

Tale responsabilità si sostanzia nel disegno e mantenimento di un sistema di gestione dei rischi e di controllo interno in grado di assicurare il corretto agire nel rispetto dei principi di legalità, conformità alle normative e ai regolamenti, buon andamento e imparzialità, efficienza, efficacia, corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, prevenzione della corruzione.

7.7 La Commissione Procedimenti Disciplinari-UPD.

Allo stato nelle more della definizione del processo di riorganizzazione delle nuove Aziende Sanitarie, al fine di garantire continuità nella gestione degli adempimenti relativi ai procedimenti disciplinari, l'ASL n.2 della Gallura ha concordato con le altre sette ASL e con L'Azienda Regionale per la Salute (ARES) che gli Uffici Procedimenti Disciplinari (UPD), a suo tempo istituiti dall'ATS Sardegna e dislocati nei diversi ambiti territoriali, proseguano le loro funzioni ed

attività senza soluzione di continuità (accordo sottoscritto in data 13.01.2022 – Tavolo di Coordinamento Direttori Generali – Accordo UPD).

7.8 I Dipendenti e i collaboratori

- sono coinvolti nelle attività di prevenzione di fenomeni di maladministration e osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- si astengono e segnalano le situazioni di conflitto di interessi;
- segnalano condotte illecite o comportamenti opportunistici;
- collaborano, supportano e forniscono il proprio contributo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nelle attività di prevenzione della corruzione.
- L'art.1 comma 14 della legge 190/2012 prevede che *la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.*

7.9 I Pazienti, le Associazioni di tutela dei malati, i collaboratori delle ditte fornitrici e gli altri soggetti esterni (stakeholder)

- segnalano casi di illecito o di rischi e irregolarità nell'interesse pubblico, anche attraverso la piattaforma di whistleblowing o tramite l'URP;
- possono inviare suggerimenti per il miglioramento in fase di consultazione del Piano. Si precisa che l'impegno nella prevenzione della corruzione riguarda tutti i portatori di interesse (stakeholder) e deve essere visto quale impegno personale nel contribuire sia a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi e sia per garantire il miglior uso delle risorse della comunità.

7.10 RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta *“a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)”*. Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo – consistente nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 4 del 19/01/2022 è stato nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) dell'ASL Gallura.

8. LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione, indicata all'interno del Piano nazionale anticorruzione, si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che per l'APSS sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza.

È intendimento dell'Azienda inserire gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni.

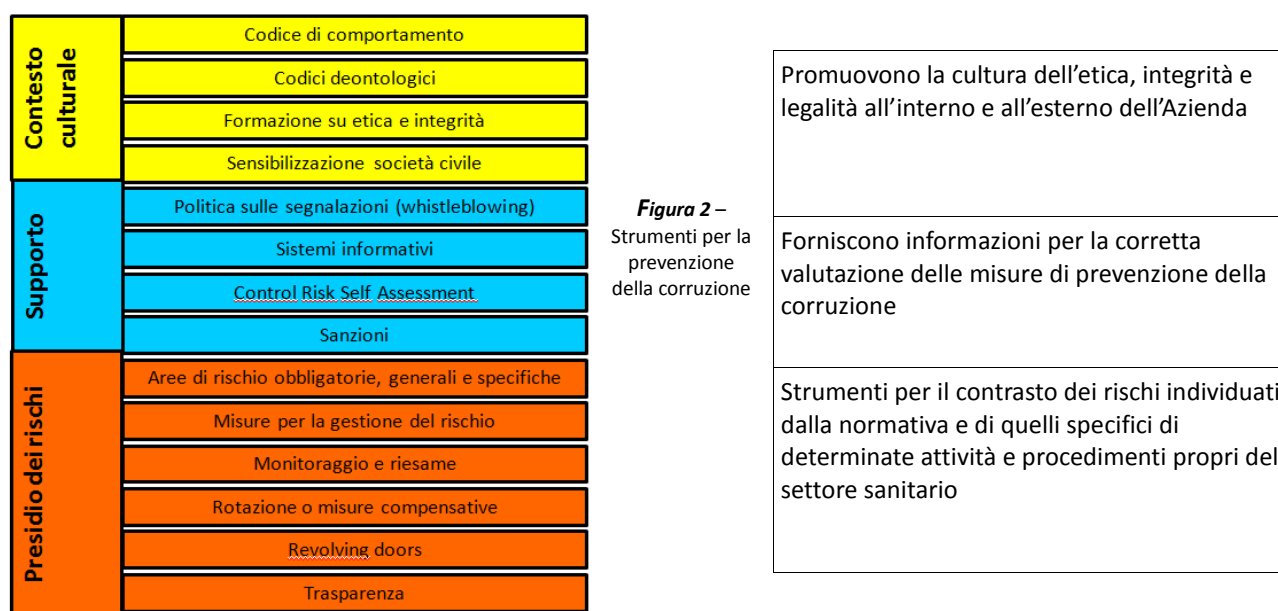
La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un **approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità** piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Per poter operare in questo senso sarà importante sviluppare atteggiamenti corretti frutto di riflessioni da parte dei diversi soggetti, piuttosto che di comportamenti di adeguamento passivo ad una regola imposta.

Per questo motivo si tenderà a perseguire la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti finalizzati a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale seguirà un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure dovranno essere indirizzati, in maniera intercorrelata e sinergica, al perseguimento di un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo, etico e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità, alla gestione dei rischi), mirano a stimolare i soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità, dell'integrità e della trasparenza.



Al momento della redazione del presente atto la Direzione non ha ancora potuto declinare gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza atteso che ancora non si è insediato l'Organismo Indipendente di Valutazione e, pertanto, verrà aggiornata la presente parte del Piano appena detti obiettivi verranno declinati.

Pertanto, considerato che una strategia efficace richiede l'integrazione e la coerenza del PTPCT con gli obiettivi aziendali, gli obiettivi del presente Piano dovranno essere tradotti in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai relativi responsabili e quindi dovrà procedersi al coordinamento tra il presente documento ed il **Piano Performance 2022**, il quale si coordina e si integra con il PTPCT e, unitamente agli altri Piani, confluirà nel PIAO.

9. MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE DEL PTPCT

Il monitoraggio e il riesame rappresentano delle fasi importanti del processo di gestione del rischio poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure il riesame del processo di gestione del rischio è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Tali fasi sono fondamentali al fine di operare, se necessario, delle correzioni migliorative (per mantenere la controllabilità o per ottimizzare le misure individuate).

Il monitoraggio e il riesame hanno come scopo quello di:

- valutare il rischio
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze, successi e fallimenti;
- rilevare i cambiamenti nel contesto esterno ed interno, comprese le modifiche ai criteri di rischio e al rischio stesso, che possano richiedere revisioni dei trattamenti del rischio e delle priorità;
- identificare i rischi emergenti;
- assicurare che le misure di contenimento del rischio siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività.

La responsabilità, circa la valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure per la riduzione degli stessi, la corretta applicazione e l'efficacia delle misure, rientra tra i compiti e le responsabilità dei dirigenti e dei direttori. Questo perché chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le diverse fasi e pertanto è in grado di meglio identificare, anticipare e prevedere dinamicamente le esposizioni di rischio e le relative misure di contenimento.

All'esito dell'attività di monitoraggio, viene predisposta la relazione annuale che gli RPCT redigono ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190 del 2012, sulla base dello schema tipo predisposto dall'ANAC, con cui si rendiconta circa i risultati dell'attività svolta evidenziando lo stato di attuazione delle singole azioni sulla base di quanto dichiarato dai singoli Referenti e dai responsabili dei processi.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza può, in qualsiasi momento:

- richiedere ai Servizi/ UU.OO., dati e documenti relativi a determinate attività;
- verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione e illegalità;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

10. AREE DI RISCHIO

Ai fini della valutazione del rischio si prenderanno le mosse dalle Aree di Rischio generali e specifiche, come evidenziate dall'ANAC seppur non tutte verranno prese in considerazione stante la suddivisione di competenze tra l'Azienda Regionale della Sardegna e l'Azienda Socio Sanitaria Locale.

L'ASL n. 2 della Gallura concentrerà l'attività di analisi soprattutto su questi processi che sono di seguito declinati:

Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16:

- Autorizzazione o concessione
- Acquisti di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)

Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)
- Affari legali e contenzioso carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)

Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015):

- Attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero;
- Attività distrettuali;
- Medicina convenzionata carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Attività libero professionale/liste di attesa.
- Committenza, rapporti contrattuali con privati accreditati carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Accreditamento strutture carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Affari generali ed atti amministrativi. assetto organizzativo, relazioni istituzionali e comunicazione pubblica.
- Formazione, ricerca e cambiamento organizzativo. psicologia e benessere organizzativo carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Prevenzione e protezione, sorveglianza sanitaria, antincendio.

- Aree tecniche
- Dipartimento ICT infrastrutture, tecnologie della informazione e delle comunicazioni.
- Data Privacy Officer
- SS.CC. giuridico amministrativa delle aa.ss.ss.ll.
- Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze
- SS.CC. professioni sanitarie

10.1 Settori a maggiore impatto e rischio di corruzione.

- **Appalti e contratti pubblici**

Sicuramente il settore dell'approvvigionamento, nei sistemi sanitari, è una delle attività più colpite dalla corruzione. Spesso la necessità e l'urgenza del dover provvedere a soddisfare le esigenze di una utenza particolarmente fragile si presta più facilmente a distorsioni e rischi corruttivi, sebbene la presenza di regolamenti e procedure dedicate alle diverse fasi della procedura di acquisto maturate nella precedente organizzazione aziendale (ATS Sardegna - Area Olbia), nonché l'uso quasi esclusivo del Me.P.A. per effettuare gli acquisti anche sotto soglia, abbia mitigato e notevolmente ridotto il rischio corruttivo.

Una possibile distorsione potrebbe derivare dalle modalità con cui verrà effettuato il raccordo tra la funzione di centrale acquisti, posta in capo all'Azienda Regionale che quindi provvede alle forniture centralizzate da effettuare con gara unica e le funzioni di acquisto demandate alle singole Aziende, dotate di autonomia.

Molto dipenderà dalla capacità operativa dell'Ente Centrale di organizzare in modo corretto la raccolta del fabbisogno e, conseguentemente organizzare le relative gare.

Possibili soluzioni

Processi contrattuali trasparenti: procedure contrattuali aperte e rese trasparenti in modo tempestivo (ad es. il portale CONSIP e MEPA) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando a corrotti e corruttori meno spazio di manovra.

Whistleblowing: efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera del monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

10.2 Metodologia per l'Analisi del Rischio e Anticorruzione: valutazione dei processi lavorativi L'approvazione in Italia della Legge 190/2012 sull'anticorruzione e le indicazioni fornite nel primo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2013 hanno introdotto degli elementi di novità nel contesto della Pubblica Amministrazione (PA) italiana. Il concetto di *corruzione*, come definito nella norma del 2012, assume un'accezione ampia, tale da ricomprendere un malfunzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni d'ufficio ma anche una devianza dell'azione amministrativa, sia che tali azioni abbiano successo sia nel caso in cui rimangano a livello di tentativo. Con riferimento alla fig.1 possiamo dire che tutti gli aspetti penalistici risultano compresi nella accezione proposta della norma del 2012, con un innovativo ampliamento al concetto di *devianza dall'azione amministrativa*.



Fig.1 – Perimetro della 'corruzione' derivante dalla Legge 190/12-PNA

Altri due importanti aspetti innovativi introdotti da questa norma sono il riferimento fornito nel PNA all'adozione di tecniche di *risk management* e il modello di *miglioramento continuo di processo*, cardini fondanti nella norma ISO

31000 – dedicata ai principi del *risk management* – che viene assunta come riferimento per le analisi dei *processi* lavorativi della PA per la *prevenzione della corruzione*. Questa scelta legata alla *gestione del rischio* ha imposto dal 2013 ad oggi un enorme sforzo della PA centrale e locale al fine di trasformare l'applicazione della norma sull'anticorruzione da una serie di meri adempimenti formali, spesso infruttuosi, ad uno strumento metodologico di utilità concreta per il *controllo reale dell'andamento dei processi lavorativi*. Accanto ai concetti del *risk management*, l'applicazione costante del ciclo di Deming, indicato anche come PDCA (Plan Do Check Act, vedi fig.2) e mutuato dalle norme internazionali sul controllo di qualità (famiglia ISO 9000), costituisce la reale sfida di natura *culturale/organizzativa* che il normatore ha voluto introdurre con la Legge 190/2012 e il PNA per la prevenzione della corruzione.



Fig.2 – Il ciclo di Deming, PDCA.

L'applicazione delle metodologie descritte nella ISO 31000 impongono una continua capacità di pianificazione seguita da una fase realizzativa. Successivamente a queste due fasi, la fase del controllo consente di mettere in evidenza le inevitabili lacune che ogni realizzazione concreta mostra, conducendo ad una fase di identificazione delle migliorie da apportare al riavvio della nuova pianificazione/realizzazione. Occorre sottolineare ancora come l'introduzione di metodologie a miglioramento continuo legate al modello PDCA per l'anticorruzione in ambito pubblico abbia costituito in questi anni una novità assoluta, che ha obbligato molte strutture pubbliche ad affrontare una sfida stimolante: ripensare e ridisegnare i processi lavorativi che si svolgono al proprio interno, in un'ottica di trasparenza e tracciabilità. In questo lavoro si concentra l'attenzione sulle metodologie analitiche suggerite nel PNA del 2013 per la valutazione del rischio, evidenziando possibili criticità e miglioramenti auspicabili alla luce di esperienze di applicazione.

10.3 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione.

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventi rischiosi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, tramite cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo.

Il coinvolgimento attivo dei responsabili delle articolazioni organizzative titolari del processo è fondamentale in quanto i responsabili delle strutture, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, manterrà un atteggiamento attivo, attento ad individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili delle articolazioni organizzative interessate e ad integrare, eventualmente, il registro/catalogo dei rischi, anche mediante confronto (*benchmarking*) con amministrazioni simili, analisi di documenti e banche dati, workshop, focus group, ecc.

Le attività relative all'analisi ed alla ponderazione del rischio saranno svolte secondo le modalità esplicitate nel PNA, a partire dall'analisi dei cosiddetti "fattori abilitanti" della corruzione e dall'adozione di un approccio di tipo qualitativo, dando il dovuto spazio alla motivazione della valutazione. Coerentemente con l'approccio qualitativo, i criteri utilizzati per la valutazione dell'esposizione al rischio potranno essere operativamente tradotti in indicatori di rischio (*key risk indicators*), eventualmente definiti in collaborazione con altri enti che operano in ambito sanitario.

10.4 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli definite sulla base della priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione delle misure di contrasto del rischio rappresentano l'elemento centrale e fondamentale del PTPCT.

Pertanto, particolare attenzione sarà dedicata all'individuazione di misure adeguatamente programmate, con definizione di precise responsabilità, scadenze temporali, verificabilità dell'effettiva attuazione e della loro efficacia.

La proposta di misure di contrasto del rischio non sarà compito esclusivo del RPCT ma sarà piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto a conoscenza più di ogni altro dei processi e delle attività del proprio ufficio, è il soggetto più idoneo ad individuare misure incisive volte a prevenire rischi specifici.

Parte II

11. IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 (pubblicato su G.U. del 5 aprile 2013) recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il D.Lgs 97/2016 «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», di seguito "D.Lgs 97/2016", ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Il novellato art. 1, comma 1, del decreto ridefinisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzate a *"favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

Il D.Lgs 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Per quanto riguarda la disciplina relativa alle diverse tipologie di accesso ("accesso documentale" di cui al capo V della Legge n. 241/1990, "accesso civico" e "accesso generalizzato", disciplinati rispettivamente dall'articolo 5, comma 1 e dall'art. 5, comma 2 del D.Lgs n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2016), si fa riferimento a quanto indicato dalla determinazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016.

Il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, nell'adunanza del 28 dicembre 2016, ha altresì approvato in via definitiva la delibera n. 1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs n. 97/2016."

I dati pubblicati sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e, più in generale, sulla base del quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi all'utenza.

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

Tutti i documenti pubblicati dovranno riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

La verifica periodica della pubblicazione di dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Agenzia a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli *stakeholder*.

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

1. accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
2. accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);
3. accesso generalizzato (secondo il D.Lgs 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

11.1 Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N. 2 della Gallura

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice, che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28 novembre 2000, sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti.

La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare.

L'ASL n. 2 della Gallura, non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, nelle more della predisposizione provvederà a recepire il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 501 del 29/06/2017, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione;
- trasparenza e tracciabilità;
- comportamento nei rapporti privati;
- comportamento in servizio;
- rapporti con il pubblico; disposizioni particolari per i dirigenti responsabili di struttura;
- contratti ed altri atti negoziali;
- ricerca e sperimentazioni;
- attività sanitaria e libera professione;
- sponsorizzazioni e atti di liberalità;
- rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici;
- vigilanza, monitoraggio e attività formative;
- responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice;
- effetti della violazione del Codice sul sistema premiante.

12. Rotazione del personale

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale.

Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015).

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore.

In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità finalizzate al conseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla *"Riforma Brunetta"* - D. Lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche **strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione** essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. l quater, del D. Lgs n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato.

In particolare, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata nel suddetto Piano, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze.

All'uopo si osserva che il quadro normativo di riferimento, confermato dalla più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione, prevede l'istituto della rotazione come prassi ordinaria nell'ambito dei rapporti lavorativi nel sistema pubblico privatizzato ex D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

Per quanto attiene al personale dirigente oramai è consolidato il c.d. *"principio di durata temporale degli incarichi"* che il legislatore ha adottato per evitare la cementificazione degli incarichi dirigenziali in un unico ambito lavorativo anche a discapito dell'arricchimento della professionalità del dirigente stesso.

12.1 Criteri per la rotazione ordinaria del personale

In linea di massima nelle diverse realtà organizzative la rotazione può avvenire utilizzando uno dei seguenti criteri:

- territoriale, con assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- per competenza, con assegnazione del dipendente ad altre competenze;
- per competenza e territorio, con assegnazione del dipendente ad altre competenze e ad altro ambito territoriale.

La rotazione in diverso ambito territoriale dovrà avvenire, di norma, presso la sede più vicina a quella di provenienza al fine di ridurre al minimo il disagio del dipendente.

La rotazione, che potrà riguardare in alcuni casi anche il personale non dirigenziale, specie se preposto allo svolgimento concreto di attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione, presuppone una idonea azione formativa e di aggiornamento continuo nei confronti dei soggetti che dovranno subentrare nelle attività e di quelli che dovranno essere assegnati ad altre competenze.

La rotazione si applica per tutti i dipendenti laddove si rilevino circostanze che ne impongano l'utilizzo, come in caso di emersione di una situazione di conflitto di interessi che non possa essere diversamente gestita se non imponendo uno spostamento del dipendente ad altro servizio.

Nei limiti delle possibilità garantite dalle risorse disponibili, deve essere assicurato l'affiancamento del dirigente neo-incaricato o dell'operatore non dirigente subentrante nel caso di rotazione applicata a personale non dirigente, affinché questi risultino facilitati nell'acquisizione delle conoscenze necessarie per lo svolgimento delle nuove attività.

In tutti i casi in cui non risulti possibile applicare la rotazione del personale preposto si definiscono le seguenti linee generali di indirizzo:

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

In linea generale, inoltre, deve essere applicato il seguente principio:

- attivazione di meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

La rotazione non opera per le figure infungibili, intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche o è richiesto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli di studio posseduti da una sola unità lavorativa e non richiesti per altre figure dirigenziali.

La rotazione del personale potrà essere facilitata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

12.2 Rotazione ordinaria del personale dirigenziale

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PTPCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intradipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio.

I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

12.3 Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.

La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

12.4 Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della rotazione "straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l *quater* del D.Lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'ATS.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede.

Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

12.5 Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria

L'art. 16, comma 1, lett. l *quater*, del D.Lgs n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio").

La parola "procedimento" nel codice penale viene intesa con un significato più ampio rispetto a quella di "processo", perché comprensiva anche della fase delle indagini preliminari, laddove la fase "processuale", invece, inizia con l'esercizio dell'azione penale.

Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. l *quater*, del D.Lgs n. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

12.6 Durata della rotazione straordinaria

L'ASL n. 2 della Gallura provvederà caso per caso, adeguatamente motivando sulla durata della misura.

12.7 Rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio

La rotazione straordinaria "anticipa" alla fase di avvio del procedimento penale la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio.

In caso di rinvio a giudizio, per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento disposto dalla legge n. 97/2001. Se il trasferimento è già stato disposto in sede di rotazione straordinaria, l'Azienda può nuovamente disporre il trasferimento (ad esempio ad un ufficio ancora diverso), ma può limitarsi a confermare il trasferimento già disposto, salvo che al provvedimento di conferma si applicano i limiti di validità temporale previsti dalla legge n. 97/2001.

13. Gestione del conflitto di interesse

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di abituale frequentazione;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento ed il dirigente dell'UOC competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

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

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Nel caso in cui l'obbligo di astensione riguardi il Dirigente Responsabile, la valutazione delle iniziative da assumere sarà effettuata rispettivamente dal Responsabile gerarchicamente superiore.

Per quanto attiene le dichiarazioni pubbliche di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario previste dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, l'ATS ha provveduto ad identificare e segnalare ad AGENAS i dirigenti/professionisti interessati e ad attivare l'applicativo previsto da AGENAS per la compilazione *on line* delle dichiarazioni da effettuarsi tramite il sito www.agenas.it.

Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzare in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico.

Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

I controlli sono svolti in contraddittorio con il soggetto interessato mediante utilizzo di banche dati, informazioni note e qualsiasi altro elemento a disposizione della stazione appaltante.

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data.

L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura.

La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici.

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. Inoltre, tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, può adottare ulteriori misure che possono consistere:

- nell'adozione di cautele aggiuntive rispetto a quelle ordinarie in materia di controlli, comunicazione, pubblicità;
- nell'intervento di altri soggetti con funzione di supervisione e controllo;
- nell'adozione di obblighi più stringenti di motivazione delle scelte adottate, soprattutto con riferimento alle scelte connotate da un elevato grado di discrezionalità.

I componenti degli organi delle commissioni aggiudicatrici che partecipano alla procedura di gara mediante l'adozione di provvedimenti di autorizzazione o approvazione e versino in una situazione di conflitto di interessi si astengono dal partecipare alla decisione, nel rispetto della normativa vigente.

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019.

Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione.

E' cura del RPCT, d'intesa con il dirigente competente, monitorare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione anche in considerazione delle informazioni acquisite con le dichiarazioni di cui all'art. 6, comma 1 del D.P.R. n. 62/2013 e dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990.

Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nella suddetta UOC sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale. saranno indicate ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso.

- Linee guida Giunta Regionale della Sardegna n. 65/31 del 06/12/2016;
- Linee Guida ATS Sardegna PG/2017/241268 del 05/07/2017;
- Direttiva ATS Sardegna incarichi extra istituzionali, Codice di Comportamento, Incompatibilità, Conflitto di Interessi NP/2018/72116 del 26.10.2018.

14. Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 *bis* del Decreto Legislativo n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

14.1 Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari". Misure da attuare:

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazione agli uffici di cui all'art. 35 *bis* del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'ASL n. 2 della Gallura procederà all'acquisizione a cura del Responsabile del

Procedimento/Direttore di UOC di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale.

Il Responsabile del procedimento/Direttore di UOC che ha acquisito le dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica inerente la messa in atto della misura di prevenzione con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

15. Incompatibilità/Inconferibilità incarichi

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'Azienda si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché 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, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta 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, comma 2, lett. h). L'ASL n. 2 della Gallura applica le seguenti misure di prevenzione:

- 1. acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali);
- 2. acquisizione, con cadenza annuale, della dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali ex art. 20, comma 2, D.Lgsn. 39/2013;
- 3. accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità (delib. ANAC n. 833/2016).

15.1 Svolgimento di incarichi di ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali

L'ATS Sardegna, ha disciplinato la materia (vedi paragrafo 16) in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgsn. 165/2001 e s.m.i."

L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

Controlli e Regime Sanzionatorio:

- 1. L'osservanza delle disposizioni, stabilite dal presente regolamento, è soggetta alle verifiche effettuate a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del competente Servizio Ispettivo (Deliberazione del Commissario Straordinario n.375 del 12/06/2020).
- 2. Il Servizio Ispettivo segnala al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari le eventuali difformità rilevate affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari.
- 3. La violazione della normativa in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi comporta l'applicazione di specifico regime sanzionatorio per il quale si rimanda al suddetto regolamento aziendale.

16. Revolving door-Pantouflage

Al fine di assicurare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgsn. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa.

Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

INFORMATIVA EX ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001

L'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE (ASL) N. 2 DELLA GALLURA CON LA PRESENTE NOTA INTENDE INFORMARE LA S.V. IN MERITO AL DISPOSTO DI CUI ALL'ART. 53, COMMA 16 TER, DEL D.LGS. N. 165/2001, CONSISTENTE NEL DIVIETO DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA (A TITOLO DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO), PER I TRE ANNI SUCCESSIVI ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO IN ESSERE, NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI O DI CONTRATTI CONCLUSI CON IL PROPRIO APPORTO DECISIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI DI SERVIZIO (*).

L'ASL N. 2 DELLA GALLURA POTRA' AGIRE IN GIUDIZIO PER OTTENERE IL RISARCIMENTO DEI DANNI NEL CASO SIA ACCERTATA LA VIOLAZIONE DEL DIVIETO CONTENUTO NELL'ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001.

/ /

IO SOTTOSCRITTO _____ DIPENDENTE DELL'ASL N. 2 DELLA GALLURA CON LA QUALIFICA DI _____, DIMISSIONARIO A FAR DATA DA _____ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA.

LUOGO E DATA _____ (firma)

(*) Si riporta integralmente il testo dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs n. 165/2001:

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

17. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)

Come previsto dalla L. 190/2012, c. 51, l'Azienda rende disponibili strumenti che consentono la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano violazioni ai codici di comportamento, danni patrimoniali, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico. Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni devono essere indirizzate al *Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza*. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza: la segnalazione è quindi prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente qualificata e completa, senza ledere i diritti, anche alla privacy, del soggetto segnalato, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 179 del 30 novembre 2017, pubblicata sulla G.U. n. 291 del 14 dicembre 2017, l'Azienda si adegnerà alle indicazioni che ANAC fornirà con l'emanazione di apposite linee guida, così come previsto dalla legge stessa.

La piattaforma è accessibile dal sito istituzionale:

<https://www.aziendasociosanitaria-localen2dellagallura.whistleblowing.it>

18. Formazione

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell'Azienda, rappresenta un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Il Piano di Formazione, in linea di massima, prevede l'erogazione di una formazione di base a tutti gli operatori (anche attraverso la metodologia FAD - Formazione A Distanza on line) in materia di etica e cultura della legalità. A questa si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in modo dettagliato i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

Nel Piano i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;
- c) livello specifico per settori di attività: è prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo operativo con il Responsabile della Formazione e con i dirigenti Responsabili di UOC, per le aree tematiche di rispettiva competenza.

Le iniziative di formazione tengono conto del contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

Il tutto considerando le limitazioni imposte dai Decreti del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) che detta le misure di contrasto alla pandemia e di prevenzione del contagio da COVID-19.

19. Patti di Integrità negli affidamenti

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs n. 50 del 18 aprile 2016, della ASL n. 2 della Gallura inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite. Il Patto di Integrità costituirà parte integrante dei contratti stipulati dall'ASL n. 2 della Gallura.

L'espressa accettazione dello stesso costituirà condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematici. Tale condizione dovrà essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

Una copia del Patto di Integrità, sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, dovrà essere allegata alla documentazione amministrativa richiesta ai fini della procedura di affidamento o dell'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico. Per i consorzi ordinari o raggruppamenti temporanei l'obbligo riguarderà tutti i consorziati o partecipanti al raggruppamento o consorzio.

Il Patto di Integrità avrà efficacia dal momento della presentazione delle offerte, in fase di affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture e sino alla completa esecuzione dei contratti aggiudicati.

Nelle more della predisposizione di un Patto di Integrità da parte della ASL n. 2 della Gallura, si provvederà a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 437 del 04/06/2019.

20. Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti

L'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012 e s.m.i. prevede l'obbligo del monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. L'Azienda prevede il monitoraggio semestrale dei tempi di conclusione. Il report deve essere trasmesso da tutti i responsabili di UOC e di UOSD al Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza entro il giorno 30 del mese successivo a quello del periodo oggetto di monitoraggio. Ai sensi dell'art. 1, comma 28, della L. n. 190/2012 e s.m.i..

21. Misure Specifiche

Le misure specifiche sono indicate nell'Allegato 2 all'interno delle schede relative ai singoli processi organizzativi mappati in corrispondenza dei rischi potenziali rilevati.

22. Misure Trasversali di Prevenzione

L'ASL N. 2 della Gallura considera fra le ulteriori misure trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:

- Controllo di Gestione;
- Internal Auditing;
- Percorsi attuativi della certificabilità;
- Risk management;
- Valutazione della performance.

Saranno, pertanto, adottate tutte le misure necessarie al fine di evitare ridondanze e di razionalizzare le attività istituzionali in un'ottica di integrazione, efficienza/efficacia e coerenza interna.

23. Flussi informativi

Verranno identificati con apposito provvedimento i Referenti che relazionano periodicamente verso il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza al fine di aggiornarlo sia sullo stato di attuazione e adeguatezza del Piano sia sulle attività di monitoraggio svolte.

Al RPC debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPC accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle

responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;

- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell' UPD);
- indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza;
- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali;
- verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;

24. Giornate della Trasparenza

L'articolo 10, comma 6, del D.Lgs n. 33/2013 stabilisce che *"Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica."*

Tale giornata verranno svolte tenendo in considerazione la situazione pandemica in corso, e secondo i dispositivi indicati nei DPCM contro la diffusione del COVID-19.

L'iniziativa verrà rivolta alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato impegnate nella tutela dei diritti dei pazienti e al personale dipendente.

25. Violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e responsabilità.

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012 e s.m.i., in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile della Prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ss.ii.

26. Prospettive evolutive

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19 e del fatto che il processo di riforma della L.R. 24/2020 è ancora in fase transitoria, il processo di revisione metodologica proposto, seppur avviato, non ha, al momento dell'adozione/pubblicazione del presente Piano, ancora prodotto evidenze sufficientemente strutturate o comunque tali da poter essere documentate adeguatamente, soprattutto per quanto concerne gli aspetti relativi all'analisi descrittiva dei processi (o rappresentazione degli elementi descrittivi), agli aspetti dell'identificazione dei rischi correlati alle singole attività del processo e all'analisi dei fattori abilitanti.

Non è stato possibile portare a termine, nel lasso di tempo a disposizione, il passaggio dal livello di analisi per processo a quello, più dettagliato, di analisi per attività che richiede comunque un significativo impegno temporale, la contestuale partecipazione attiva dei diversi responsabili dei processi mappati ed il loro fattivo coinvolgimento nella definizione/misura dei singoli indicatori di esposizione al rischio per giungere ad una valutazione complessiva e condivisa del livello di esposizione, prima di poter procedere con le successive fasi del processo di gestione del rischio stesso.

Per le ragioni sopra sinteticamente esposte, il lavoro già intrapreso secondo le indicazioni del nuovo PNA proseguirà con gradualità nel corso dell'anno 2022, parallelamente alla messa in atto delle azioni indicate e descritte nelle pagine precedenti, tenendo conto della definizione di processo suggerita dal PNA stesso.

L'elenco dei processi potrà essere aggregato nelle cosiddette "aree a rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in "generali" e "specifiche". Le aree "generali" sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (ad es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle "specifiche" riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività svolte dalla stessa. Ogni singolo processo dovrà essere descritto nei suoi elementi di base:

- che cos'è e che finalità ha;
- quali sono le attività che compongono il processo;
- responsabilità complessiva del progetto e indicazione dei soggetti che svolgono le attività del processo.

Tale descrizione di base potrà essere perfezionata con l'aggiunta di ulteriori elementi di descrizione.

L'ultima fase della mappatura dei processi è costituita dalla rappresentazione degli elementi descrittivi del processo precedentemente citati.

27. Relazione del RPCT

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività

svolta e risultati conseguiti. Tale documento è pubblicato sul sito internet nella sezione apposita come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e viene trasmesso al Nucleo di valutazione e al Direttore generale dell'Azienda.

28. Trasparenza e privacy

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti prevista dalla normativa sulla trasparenza deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003). Le strutture aziendali responsabili della pubblicazione devono pertanto effettuare un'attività di bilanciamento degli interessi tra i due diritti coinvolti: il diritto all'informazione del cittadino da una parte e il diritto alla riservatezza della persona fisica dall'altra.

Prima di procedere alla pubblicazione sul sito web è necessario:

- individuare se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento che contiene dati personali;
- verificare, caso per caso, se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente oscurare determinate informazioni, tenendo sempre presente l'importante principio di minimizzazione dei dati personali contenuto nel Regolamento UE 2016/679.

29. Entrata in vigore

Il PTPCT 2022/2024, entrerà in vigore a decorrere dalla data di pubblicazione sul sito web della ASL n. 2 della Gallura, sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto sezione "Altri Contenuti" - "Corruzione". Si richiama in applicazione al presente PTPCT, per quanto non esplicitamente menzionato, la normativa vigente in materia.