

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. **467** del **12 MAR. 2021**

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA 2021/2023.

Il Direttore Generale Dott. Roberto Testa, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 542 dell'11.09.2019 ai sensi del vigente D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii., su conformi istruttoria e proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, adotta la presente deliberazione.

Vista la Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", in particolare l'art. 1, comma 8, che stabilisce che "*l'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno*";

Visti, altresì:

- il D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, recante: "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";
- il D. Lgs. n. 39 del 8 aprile 2013, avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso pubbliche amministrazioni e presso gli Enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190*";
- il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, avente ad oggetto "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. n. 54 del D. Lgs. 30.03.2001 n. 165*";
- il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dalla Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT), oggi ANAC, con deliberazione n. 72/2013;
- la determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 – "*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*";
- il D. Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016, recante "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza*,

correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 07 Agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

- la Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016, recante “Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- la Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016, avente ad oggetto “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D. Lgs. n. 33/2013”;
- la Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, avente ad oggetto “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016”;
- la Circolare n. 2/2017 del Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, recante “Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”;
- la Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017, recante “Approvazione definitiva aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- la Delibera Anac n. 840 del 2 ottobre 2018, avente ad oggetto “Richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”;
- la Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, avente ad oggetto “Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- la Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, recante “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;

Richiamate:

- la deliberazione del Direttore Generale n. 1489 del 22 agosto 2019, con la quale è stato istituito il “Collegio dei Referenti in materia di prevenzione della corruzione”, composto dai Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. operanti nelle aree a rischio dei Dipartimenti aziendali, delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri e delle Aree Distrettuali;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 166 del 30 gennaio 2020, avente ad oggetto “Approvazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2020/2022”;
- la deliberazione n. 2088 del 24 novembre 2020, con la quale il Direttore Generale della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila ha nominato la Dott.ssa Federica Faccia Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con effetto e decorrenza dal 1 gennaio 2021;

Preso atto che, al fine di tenere conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha differito al 31 marzo 2021 i termini per la



predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali 2021-2023, come comunicato dal Presidente dell'Anac in data 2 dicembre 2020;

Evidenziato che il RPCT ha provveduto all'aggiornamento del Piano triennale secondo le indicazioni fornite dall'Anac nell'Allegato 1 del PNA 2019 "*Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*" e sulla base degli esiti dell'attività di monitoraggio svolta periodicamente sul sistema aziendale di gestione del rischio;

Precisato che il processo di aggiornamento del PTPCT 2021-2023 è stato caratterizzato, in particolare:

- da un nuovo esame del contesto esterno ed interno, mediante l'applicazione dei più noti strumenti di analisi strategica, quali la P.E.S.T.E.L. analysis e la SWOT analysis, anche al fine di tenere conto dell'impatto dell'emergenza sanitaria sulle principali variabili suscettibili di incidere su comportamenti corruttivi;
- dal completamento dell'attività di mappatura dei processi, analisi e valutazione dei rischi, applicando l'approccio metodologico del *risk management* raccomandato dall'Autorità;
- dalla programmazione delle misure generali e specifiche di prevenzione del rischio corruttivo, con individuazione dei responsabili, della tempistica di realizzazione, nonché degli indicatori strumentali al monitoraggio sull'attuazione delle stesse;

Specificato che il RPCT, nello svolgimento delle attività descritte al secondo ed al terzo punto del precedente capoverso, è stato coadiuvato e supportato sia dal Collegio dei Referenti, nominato con la sopra richiamata delibera del Direttore Generale n. 1489 del 22 agosto 2019, sia dai Dirigenti responsabili delle Unità Operative dove si svolgono i processi riconducibili alle aree di rischio aziendale, generali e specifiche;

Dato atto, inoltre, che:

- al fine di coinvolgere adeguatamente gli stakeholder interni ed esterni nel processo di predisposizione del PTPCT 2021-2023, con nota prot. n. 0255198 del 12 novembre 2020, il RPCT ha promosso una fase di consultazione pubblica, attraverso il sito istituzionale aziendale, finalizzata ad acquisire suggerimenti, proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori di interesse;
- con nota prot. n. 0048098 del 04 marzo 2021, in linea con le indicazioni fornite dall'Anac nel PNA 2019 in ordine al coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico nel processo di formazione del PTPCT, il RPCT ha trasmesso una prima stesura del Piano triennale alla Direzione Strategica Aziendale, per la necessaria condivisione ed ogni opportuna valutazione;
- gli obiettivi e le strategie di prevenzione del rischio corruttivo sono stati anche oggetto di condivisione in occasione di apposito incontro tra il RPCT e la Direzione Strategica, tenutosi in data 3 marzo 2021;

Esaminata l'allegata proposta di Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, elaborata, all'esito del sopra descritto processo di analisi, di confronto e di condivisione con i vari attori aziendali, dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, Dott.ssa Federica Faccia, con riferimento al triennio 2021-2023;

Ritenuto, pertanto, necessario procedere all'approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2021-2023 della ASL n. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, fatte salve eventuali successive modifiche e/o integrazioni che si renderanno necessarie al fine di tenere conto di nuove disposizioni normative e/o

regolamentari, di sopraggiunti cambiamenti nelle variabili di contesto interno o esterno ovvero di nuovi elementi informativi che emergeranno in occasione delle attività di monitoraggio svolte in corso d'anno;

Ritenuto, inoltre, di demandare ai Referenti, ai Dirigenti responsabili delle UU.OO. operanti nelle aree a rischio di corruzione ed a tutti i dipendenti, per quanto di rispettiva competenza, l'attuazione delle misure previste dal PTPCT 2021-2023, nei termini ivi indicati;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in narrativa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. **di approvare** il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2021/2023, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. **di dare** mandato al RPCT di procedere all'aggiornamento periodico del Piano e di apportare ad esso le integrazioni e le modifiche che nel tempo si renderanno necessarie;
3. **di demandare** ai Referenti, ai Dirigenti responsabili delle UU.OO. operanti nelle aree a rischio di corruzione ed a tutti i dipendenti, per quanto di rispettiva competenza, l'attuazione delle misure previste dal PTPCT 2021-2023, nei termini ivi indicati;
4. **di dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo, in applicazione dell'art. 21 quater della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i.;
5. **di trasmettere** copia della presente deliberazione all'Ufficio proponente, ai Referenti aziendali in materia di prevenzione della corruzione, a tutti i Dipartimenti, alle Unità Operative ed ai Servizi di Staff, per consentirne la tempestiva attuazione;
6. **di disporre** l'integrale pubblicazione del presente provvedimento sull'Albo Pretorio aziendale e sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Disposizioni generali – Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza" e sottosezione "Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione".

SANITARIO

Si attesta che il presente provvedimento è stato proposto previa istruttoria dell'Ufficio competente, ai sensi del Capo II della Legge 7 Agosto 1990, n. 241 e s.m.i..

L'istruttore

Dott. Marco Di Girolamo

Marco Di Girolamo

L'Istruttore

Dott. Giovanni Tranquilli

Giovanni Tranquilli

IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E PER L'ATTUAZIONE
DELLA TRASPARENZA

Dott.ssa Federica Faccia

Faccia

In relazione all'art. 3, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come sostituito dall'art. 4, lettera e), del Decreto Legislativo 7 dicembre 1993 n. 517 e come ulteriormente modificato dall'art. 3 del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, esprime parere:

Di Rocco IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.
(Dott. Stefano Di Rocco)

Mascitelli IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Alfonso Mascitelli)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Roberto Festa)

.....

PIANO TRIENNALE
PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA
TRASPARENZA

TRIENNIO 2021 - 2023

Legenda	
Acronimi	Definizioni
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
ASL 1	Azienda Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila
RPCT	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
OIV	Organismo indipendente di valutazione
NAV	Nucleo Aziendale di Valutazione
CIVIT	Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità, la Trasparenza delle PA
Dip.to	Dipartimento
DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
NAV	Nucleo Aziendale di Valutazione
PAC	Percorsi Attuativi della Certificabilità
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PP	Piano della Performance
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UO	Unità Operativa
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
PAF	Piano Aziendale Formativo
RASA	Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante

SOMMARIO

1. PREMESSA	pag. 5
2. PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (P.T.P.C.T.)	pag. 6
3. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE	pag. 7
4. ANALISI DEL CONTESTO	pag. 8
4.1 Analisi del contesto esterno	pag. 9
4.2 Analisi del contesto interno	pag. 23
4.3 Conclusioni	pag. 28
5. GESTIONE DEL RISCHIO	pag. 29
5.1 Individuazione delle Aree di Rischio	pag. 29
5.2 Mappatura dei processi	pag. 30
5.3 Valutazione del Rischio	pag. 32
5.4 Trattamento del rischio	pag. 37
5.5 Monitoraggio	pag. 38
6. SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITA'	pag. 40
6.1 Il Direttore Generale	pag. 40
6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	pag. 41
6.3 I Referenti in materia di prevenzione della corruzione	pag. 46
6.4 I Dirigenti con incarico di Responsabilità di U.O.	pag. 49
6.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)	pag. 50
6.6 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)	pag. 52
6.7 Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)	pag. 53
6.8 Il Responsabile per la Transizione Digitale	pag. 53
6.9 L'Ufficio Formazione	pag. 53
6.10 L'Internal Audit	pag. 54
6.11 Il Responsabile della protezione dei dati (DPO)	pag. 56
6.12 I Responsabili della Pubblicazione "trasparenza"	pag. 57
6.13 I dipendenti della ASL 1	pag. 57
6.14 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione	pag. 58
6.15 L'Ufficio di supporto al RPCT	pag. 58
7. MISURE DI PREVENZIONE ADOTTATE DALL'AZIENDA	pag. 59
7.1 Rotazione Ordinaria del personale	pag. 59
7.2 Rotazione Straordinaria del personale	pag. 62
7.3 Gestione dei Conflitti di Interesse	pag. 63
7.4 Codice di Comportamento	pag. 64
7.5 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi	pag. 65

7.6 La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici	pag. 66
7.7 Protocollo Operativo per la Gestione di segnalazioni condotte illecite	pag. 67
7.8 Certificabilità del bilancio - Procedure PAC	pag. 70
7.9 Altre misure	pag. 75
8. SEZIONE TRASPARENZA	pag. 76
8.1 Accesso civico e accesso generalizzato	pag. 80
8.2 Registro unico degli accessi	pag. 81
8.3 Sanzioni	pag. 81
9. COORDINAMENTO DEL P.T.P.C.T. CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE	pag. 81
10. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE	pag. 82
ALLEGATO 1 - MISURE GENERALI	pag. 87
ALLEGATO 2 - MISURE SPECIFICHE	pag. 94
ALLEGATO 3 - MISURE IN MATERIA DI TRASPARENZA	pag.148

1. PREMESSA

In attuazione della Convenzione dell'ONU contro la corruzione, ratificata con Legge n. 116 del 3/8/2009, lo Stato Italiano ha adottato la Legge n. 190 del 6.11.2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", introducendo strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed individuando i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia. I principali meriti che possono essere riconosciuti alla normativa citata sono relativi sia alla costruzione di un sistema anticorruzione articolato su più livelli, da quello nazionale/centrale a quello locale/aziendale, sia al fatto di aver affiancato, alla logica della repressione della corruzione, quella della prevenzione, attribuendo ai due approcci pari dignità all'interno del sistema complessivo.

Come si avrà modo di specificare nel prosieguo, la trasparenza, di cui al D.lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii., attuativo della sopra citata L. n.190/2012, costituisce uno degli strumenti cardine per prevenire i fenomeni corruttivi ed è stata individuata, dal legislatore del 2012, quale principale misura di prevenzione della corruzione. Essa concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. La trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio dei cittadini.

Numerosi studi della letteratura internazionale sul tema hanno evidenziato, infatti, come il concetto di corruzione investa non solo pratiche legate a fenomeni di reato e, quindi, penalmente rilevanti, ma anche una gestione inefficiente ed inefficace dell'amministrazione secondo la prospettiva economico-aziendale (cd. mal-administration e mal-practice), che certamente beneficia, tra l'altro, di situazioni di asimmetria informativa e della mancanza di trasparenza.

Nel concreto, per garantire al cittadino il rispetto dei principi e delle libertà sopra elencate, all'interno del sito istituzionale della ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila (di seguito, per brevità, ASL 1) è stata istituita la sezione "Amministrazione Trasparente", accessibile mediante apposito link.

Prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa sono due facce della stessa medaglia e, pertanto, il D.Lgs. n. 97/2016 ha unificato le competenze di cui trattasi in capo ad un solo soggetto: il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)**.

Com'è noto, tra i principali fattori di rischio che incidono sulla corruzione, vi sono: l'**asimmetria informativa** ed il **conflitto di interessi**. Le misure di prevenzione proposte mirano al contenimento di queste due variabili, lavorando, *in primis*, sulla trasparenza dell'agire della pubblica amministrazione.

Nel settore sanitario, più che in altri settori, come si avrà modo di approfondire in seguito all'interno di paragrafi dedicati, il fenomeno della corruzione non può essere tenuto distinto da quello dell'inadeguata

gestione organizzativa e degli sprechi. In tal senso, l'incidenza delle variabili sopra indicate (asimmetria informativa e conflitto di interessi) è resa ancora più significativa dalla complessità organizzativa del sistema sanitario, dovuta sia al carattere specifico delle competenze richieste, sia alle peculiari problematiche gestionali connesse al governo della spesa, all'organizzazione dell'offerta dei servizi e così via.

Alla luce di quanto appena esposto, l'ASL 1, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano rispetto alla fiducia dei cittadini, intende contrastare il fenomeno soprattutto in termini preventivi, in linea con le norme anticorruzione.

In particolare, l'ASL 1 programma la propria attività di prevenzione della corruzione attraverso i Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT), che operano in stretta sinergia con il Piano della Performance: gli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione ed all'attuazione della trasparenza, definiti sia a livello organizzativo sia a livello individuale, assegnati agli uffici ed ai loro dirigenti, sono da intendere integralmente recepiti dal Piano della Performance vigente ed oggetto di valutazione da parte dell'O.I.V./N.A.V. (Nucleo Aziendale di Valutazione).

2. PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (P.T.P.C.T.)

Come accennato sopra, il sistema anticorruzione disegnato dalla normativa si articola su due livelli (nazionale e locale) e si avvale di due importanti strumenti operativi:

- il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), che definisce le linee guida a livello centrale;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), adottato dalle singole amministrazioni che, attraverso la mappatura delle aree a rischio, individua le misure necessarie al contenimento del rischio corruttivo, tenendo conto delle specificità della singola organizzazione.

Nel caso di specie, il P.T.P.C.T. è il documento che il Direttore Generale approva annualmente con propria deliberazione, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT), in conformità alla L. n. 190/2012 e ss.mm.ii. ed alle indicazioni fornite a livello nazionale dall'Anac all'interno del PNA.

Il P.T.P.C.T. 2021-2023 rappresenta un aggiornamento di quelli adottati negli anni precedenti e descrive le strategie di prevenzione della corruzione che la ASL 1 intende perseguire nel prossimo triennio.

Nel presente documento è stato completato il percorso di aggiornamento della mappatura dei principali processi aziendali, riferiti alle aree di rischio generale e specifico, utilizzando la metodologia di lavoro suggerita dall'ANAC all'interno del PNA 2019 e sono state definite le misure di prevenzione, all'esito di un'attività di confronto e condivisione con le varie Unità Operative.

Gli obiettivi del presente PTPCT possono essere così sintetizzati:

- compiere un approfondito processo di analisi, al fine di cogliere le specificità del contesto esterno ed interno nel quale l'azienda opera;
- identificare e mappare i principali processi soggetti al rischio corruttivo;
- prevedere misure organizzative e gestionali che siano in grado di:
 - o ridurre le opportunità che si manifestino episodi di corruzione;
 - o aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
 - o creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
 - o far emergere la corruzione;
- rafforzare il sistema di controllo interno, anche mediante sinergie con altri organismi di controllo;
- favorire la diffusione della cultura della trasparenza.

Il PTPCT si applica nei confronti di tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed a tempo determinato, della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo), del Collegio Sindacale, dell'OIV/NAV, e - a seconda delle specificità dei processi aziendali presi in considerazione - nei confronti di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- medici, veterinari e psicologi a rapporto convenzionale;
- personale universitario in regime di convenzione con la ASL;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori delle imprese fornitrici;
- personale operante con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti, tirocinanti e allievi.

Su tutti grava il dovere di vigilanza e di collaborazione, in linea con le disposizioni della legge n. 190/2012 e s.m.i., al fine di assicurare un efficace contrasto alla corruzione.

3. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La corruzione, secondo la Convenzione ONU e le altre convenzioni internazionali ratificate dall'Italia, si manifesta attraverso comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando dai propri doveri d'ufficio, ovvero dalla cura imparziale dell'interesse pubblico a cui è preposto, in cambio di un vantaggio (economico o non economico).

Stampa
2019
L'ASL 7
Sulmona

Nel 2016, l'ANAC ha fornito una definizione molto ampia del fenomeno in argomento, che comprende non solo lo specifico reato di corruzione, o il complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma si estende alla *"mal-administration, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari"*.

In sostanza, si tratta di atti, comportamenti ed attività che, pur non concretizzando reati specifici, contrastano con l'interesse pubblico e pregiudicano la fiducia dei cittadini verso l'imparzialità della pubblica amministrazione. L'inefficienza, infatti, favorisce il configurarsi di zone oscure, nelle quali più facilmente possono insinuarsi i conflitti di interesse, la corruzione e la mal-administration.

A tale proposito, nel PNA 2019 (cfr. p.13) l'ANAC precisa che *"... con la legge 190/2012 non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione ma per la prima volta in modo organico si introducono e, laddove già esistenti, si mettono a sistema misure che incidono laddove si configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio"*.

La nozione di corruzione, pertanto, va intesa in un'accezione ampia, che esorbita dai confini tracciati dalla fattispecie penale. In essa vanno ricompresi episodi che si risolvono nella deviazione dall'integrità pubblica e dalle regole etiche comunemente accettate e si traducono in un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso, a fini privati, delle funzioni attribuite o nell'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, anche solo a livello di tentativo.

Nel settore sanitario, più che in altri settori pubblici, non è possibile isolare il fenomeno della corruzione dal problema dell'inadeguatezza della gestione organizzativa e degli sprechi, che sottraggono risorse ai servizi sanitari.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Nell'Allegato 1 al PNA 2019, recante *"Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"*, l'ANAC individua l'analisi del contesto esterno ed interno quale prima fase del processo di gestione del rischio. Attraverso tale attività, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

4.1 Analisi del contesto esterno

Coerentemente con quanto previsto dal PNA 2019, l'analisi del contesto esterno persegue un duplice obiettivo:

- identificare i fattori ambientali di tipo strutturale e congiunturale che possono favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- effettuare una valutazione più consapevole del rischio e dell'idoneità delle misure di prevenzione.

L'analisi in parola approfondisce, in particolare, due aspetti: uno relativo alle principali caratteristiche del territorio e/o del settore di operatività dell'organizzazione, l'altro inerente le relazioni con i principali stakeholder dell'azienda.

Dal punto di vista operativo, si è proceduto, in primo luogo, all'acquisizione dei dati e delle informazioni ritenuti rilevanti ai fini del sistema di gestione del rischio corruttivo, procedendo successivamente all'interpretazione degli stessi, al fine di desumere elementi di valutazione utili all'identificazione delle aree di rischio, alla configurazione degli eventi rischiosi ed alla individuazione delle misure di prevenzione ritenute più efficaci ed efficienti.

Analisi delle caratteristiche del contesto

Nella prima fase dell'analisi del contesto è stata utilizzata la metodologia PESTEL, uno strumento strategico che consente di valutare le principali variabili ambientali, suscettibili di esercitare un potenziale impatto sull'organizzazione, sul possibile verificarsi di fenomeni corruttivi e, conseguentemente, sulle decisioni aziendali concernenti il sistema di gestione del rischio.

E' opportuno precisare, prima di qualsiasi considerazione valutativa, che la corruzione è un fenomeno prettamente qualitativo, difficile da quantificare e da percepire nella sua interezza, per tutta una serie di ragioni:

- il tipico atteggiamento del corrotto e del corruttore, inclini al silenzio;
- nella maggior parte dei casi, la scarsa visibilità del reato;
- la molteplicità di aspetti che contribuiscono a configurare un fenomeno corruttivo (sociali, etici, economici, culturali, solo per citarne alcuni);
- la difficoltà, tipica del settore sanitario, di operare nette distinzioni tra inefficienza, inappropriatazza, frodi e corruzione.

La complessità del fenomeno rende, pertanto, necessario un approfondimento dei principali fattori in grado di influenzare, direttamente e/o indirettamente, le dinamiche corruttive.

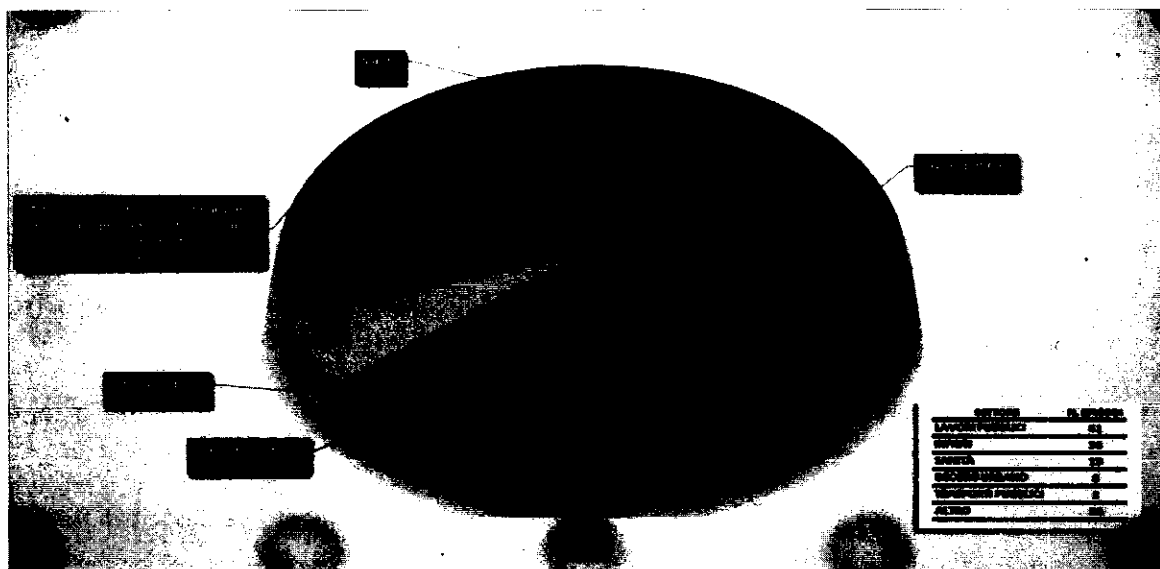
In particolare, l'analisi PESTEL si focalizza sulle seguenti classi di variabili: fattori politici, economici, sociali, tecnologici, ambientali e legali. Esaminiamoli separatamente.

Fattori politici

Con riferimento alle variabili politiche, appare rilevante prendere in considerazione l'impatto che la normativa in materia di contrasto alla corruzione ed all'illegalità ha prodotto sul nostro territorio, sia a livello nazionale che regionale. Per i dati a livello nazionale, di particolare rilievo risulta lo studio condotto dall'Anac "La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare", pubblicato il 17 ottobre 2019, che offre numerosi spunti di riflessione circa le caratteristiche assunte dal fenomeno corruttivo in Italia negli ultimi anni. Nello specifico, lo studio dell'Anac evidenzia alcuni aspetti fondamentali, che hanno senz'altro impatto sull'identificazione delle aree di rischio e sulla scelta delle misure da implementare:

- con riferimento ai settori a maggiore rischio corruttivo (Fig. 1), quello sanitario, con un numero di 19 casi registrati nel triennio su un totale di 113 (incidenza del 13%), rappresenta il terzo maggiormente a rischio, soprattutto nel campo delle forniture di farmaci, apparecchiature sanitarie e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia. Inoltre, dopo i Comuni e le società partecipate, le aziende sanitarie risultano, con un'incidenza percentuale dell'11%, tra gli enti pubblici maggiormente a rischio;
- in relazione agli ambiti della corruzione, quello più ricorrente nel periodo in esame è rappresentato dagli appalti e, a seguire, dalle procedure concorsuali per il reclutamento di personale e dai procedimenti amministrativi finalizzati al rilascio di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari.

Figura 1: Gli ambiti della corruzione.



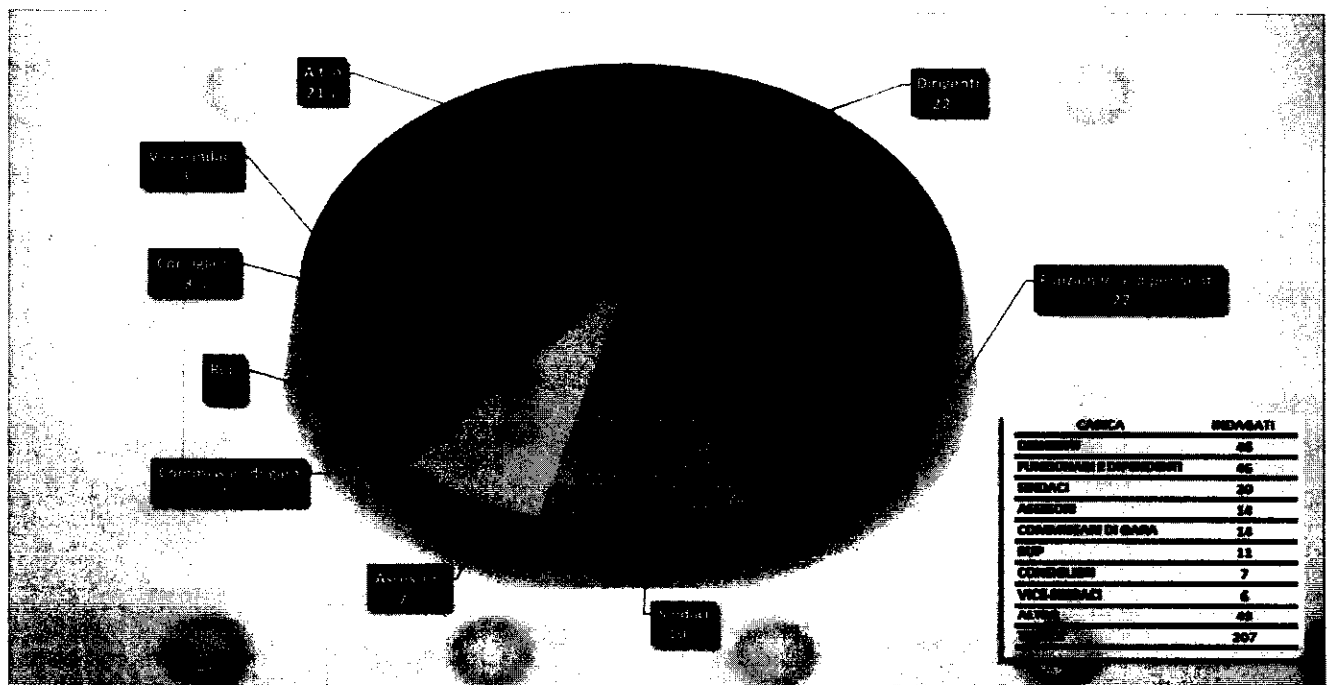
Fonte: Anac, La corruzione in Italia (2016 - 2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare.

Particolare supporto nell'attività di identificazione degli eventi rischiosi, può essere fornito dall'approfondimento, svolto dall'Anac, in ordine alla casistica riscontrata nelle vicende di corruzione esaminate, ovvero:

- illegittimità in materia di appalti pubblici, quali affidamenti diretti che esulano dai casi consentiti dalla normativa di riferimento, abusi nell'uso della procedura di somma urgenza, gare mandate deserte, ribassi anomali, bandi su misura, presentazione di offerte plurime riconducibili ad un unico centro di interessi;
- inerzia nel bandire le gare, al fine di prorogare ripetutamente i contratti in essere;
- assunzioni clientelari;
- assenza di controlli;
- illegittime concessioni di vantaggi economici;
- bandi di concorso "su misura".

Nel panorama descritto, un ruolo fondamentale è svolto sia dall'apparato burocratico, sia dagli organi politici, con significative ingerenze nel tessuto sociale, economico, politico e istituzionale. Nello specifico (Fig. 2), sul totale dei soggetti indagati nel triennio considerato per fenomeni corruttivi, il 22% è rappresentato da dirigenti della Pubblica Amministrazione, un altro 22% da funzionari e dipendenti in generale, e il 23% da politici.

Figura 2: Tipologia degli indagati.



Fonte: Anac, *La corruzione in Italia (2016 - 2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare.*

Per finire, a livello nazionale l'Anac ha rilevato un incremento esponenziale delle segnalazioni di illeciti avvenuti sul luogo di lavoro, grazie alle particolari forme di tutela introdotte dal legislatore nel 2017. Ciò evidenzia la necessità, da parte delle amministrazioni, di rafforzare l'efficacia della misura relativa al sistema *whistleblowing*.

A livello regionale, nel triennio considerato sono stati rilevati n. 6 casi (ordinanze di custodia cautelare per corruzione spiccate dall'Autorità giudiziaria) su un totale di 152 (incidenza percentuale del 3,9%).

Da una ricerca svolta da Libera (rapporto Liberaidee), è emerso che gli abruzzesi individuano, tra gli eventi corruttivi maggiormente ricorrenti, gli appalti truccati e la corruzione dei dipendenti pubblici.

In particolare, la popolazione abruzzese ha manifestato un'ampia sfiducia nei confronti della classe politica, in quanto ritiene che i soggetti maggiormente coinvolti in eventi corruttivi siano i membri del Governo, del Parlamento e dei partiti politici. A seguire, hanno scarsa fiducia anche nei funzionari pubblici che affidano gli appalti.

Ciò che emerge, inoltre, dalla ricerca, è che gli episodi corruttivi non vengono denunciati per paura delle conseguenze e per mancanza di fiducia nelle istituzioni. Una parte degli intervistati non denuncierebbe fenomeni corruttivi, perché ritiene la corruzione un elemento normale ed inevitabile.

Tali considerazioni evidenziano la necessità di intervenire, all'interno delle amministrazioni, sia a livello organizzativo che culturale, attraverso un adeguato sistema di misure di carattere preventivo.

In ambito sanitario, a livello nazionale, episodi di corruzione hanno coinvolto il 2,4% delle famiglie necessitanti di visite mediche specialistiche o accertamenti diagnostici, ricoveri o interventi.

L'ISTAT, in particolare, stima che al 9,7% delle famiglie (più di 2 milioni 100mila) sia stato chiesto di effettuare una visita a pagamento nello studio privato del medico, prima di accedere al servizio pubblico per essere curati. In sanità, la richiesta di denaro o altri beni è avvenuta da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), di un infermiere nel 10,9% o di altro personale sanitario nel 19,6% dei casi. Con un'incidenza dell'11,1% si è trattato di figure professionali non sanitarie.

Fattori economici

Secondo una prospettiva strettamente economica, è stata elaborata, negli anni 60-70, una teoria secondo la quale *"il criminale potenziale valuta i benefici ed i costi del crimine"*. Pertanto, tutti i fattori in grado di incidere su tale analisi costi-benefici, possono influenzare il livello di corruzione.

Le scienze economico-sociali hanno teorizzato l'esistenza di una relazione inversa tra benessere economico e corruzione. Sul piano individuale, secondo tali teorie, a più bassi livelli di reddito pro-capite, corrispondono

livelli più elevati di corruzione. Dal punto di vista macroeconomico, d'altro canto, è stata empiricamente dimostrata la correlazione negativa tra l'indice di corruzione di un Paese e la sua crescita economica.

Introdotte queste relazioni di carattere generale riferite dalla letteratura economico-sociale, appare opportuno soffermarsi ad analizzare la situazione economica regionale, con un particolare focus sul settore sanitario, tenendo conto anche dell'impatto dei recentissimi eventi legati all'emergenza sanitaria Covid-19.

Sulla base dei dati elaborati dall'Istat (Fig. 3), in Abruzzo gli indicatori di povertà assumono valori più bassi rispetto a quelli nazionali. Infatti, l'incidenza della povertà relativa familiare nella nostra Regione è pari al 9,6%, a fronte dell'11,8% a livello nazionale. Analogamente, l'incidenza della povertà relativa individuale in Abruzzo è pari al 12%, contro un dato nazionale del 15%.

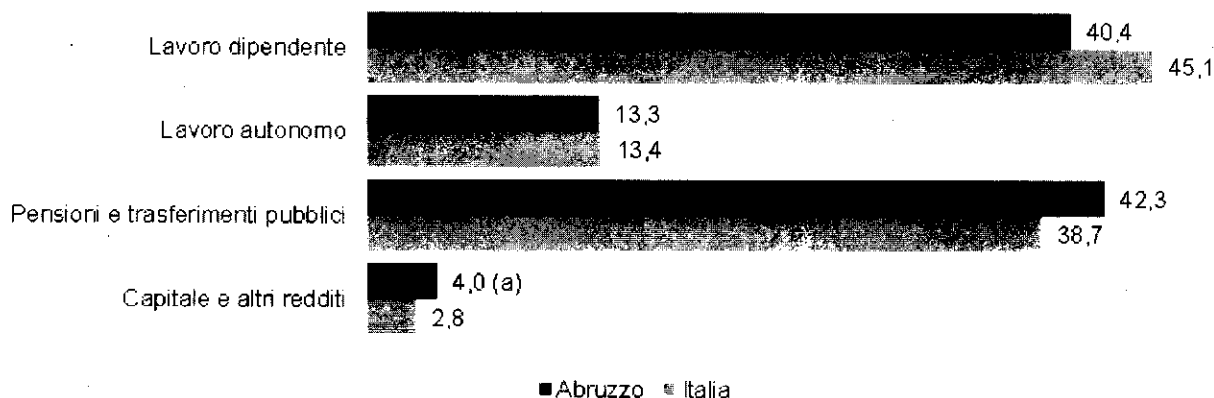
Figura 3: Indicatori di povertà relativa. Abruzzo e Italia (valori percentuali).

Indicatore	Abruzzo	Italia
Incidenza di povertà relativa individuale	12,0	15,0
Incidenza di povertà relativa familiare	9,6	11,8

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita

La fonte principale di reddito delle famiglie abruzzesi (Fig. 4) è rappresentata da trasferimenti pubblici e pensioni (con un'incidenza del 42,3%), seguita dal reddito di lavoro dipendente (40,4%). La proporzione si modifica prendendo in considerazione la situazione nazionale, dove il reddito da lavoro dipendente rappresenta la fonte principale di reddito (con un'incidenza del 45,1% sul totale), seguita dalle pensioni e trasferimenti pubblici (38,7%). Pertanto, se il dato quantitativo sugli indicatori di povertà è rassicurante rispetto ai livelli nazionali, quello inerente le fonti di reddito è invece indicativo di una situazione, a livello regionale, di maggiore fragilità economica.

Figura 4: Famiglie per fonte principale di reddito. Abruzzo e Italia (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita

Tali considerazioni sono avvalorate, altresì, dalle peculiari caratteristiche del settore produttivo abruzzese.

Nello specifico, le imprese abruzzesi rappresentano circa il 2,2% del totale nazionale e danno occupazione ad un numero di addetti che rappresenta l'1,8% del totale del Paese. Il tessuto produttivo regionale è formato per lo più da imprese di piccola e media dimensione. Infatti, la dimensione media delle imprese abruzzesi (3,1 addetti) è inferiore alla media nazionale (3,9).

In base ai più recenti dati disponibili, le imprese abruzzesi hanno attivi più di 2.000 contratti di collaborazione esterna, principalmente concentrati nel settore manifatturiero. I lavoratori temporanei sono circa 8.000, anch'essi collocati principalmente (circa il 60%) nel settore manifatturiero. Il significativo ricorso a collaboratori esterni ed a lavoratori temporanei evidenzia una maggiore instabilità delle posizioni occupazionali di tali soggetti in periodi di crisi economica.

La situazione di emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha reso ancora più fragile il tessuto produttivo nazionale e regionale, a causa delle misure restrittive adottate dal governo, sia con riferimento alla limitazione della circolazione delle persone, sia relativamente alla sospensione delle attività economiche non essenziali.

In particolare, più della metà delle imprese abruzzesi (52,5%) è rimasto attivo durante il *lockdown*, a fronte di una percentuale nazionale più bassa (51,8%). Peggiora la situazione relativa ai dipendenti delle imprese regionali, rimasti attivi durante il periodo in argomento (55% verso il 58,5% del dato nazionale) ed al fatturato (53,2% contro il 57,2% a livello nazionale).

Per concludere, può risultare utile qualche dato riferito al settore sanitario.

A livello nazionale, in seguito all'adozione del Patto per la Salute 2019-2021, il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale è stato fissato, per il 2019, in **114.439 milioni** di euro, con incrementi programmati pari a **2.000 milioni per il 2020** e di ulteriori **1.500 milioni per il 2021**. A seguito dell'emergenza epidemiologica COVID 19, come confermato dal Documento di Economia e Finanza 2020 (DEF 2020), il Governo ha adottato misure che, per il 2020, hanno incrementato il **fabbisogno sanitario standard**, al fine di consentire ai Sistemi Sanitari Regionali di fronteggiare la crisi. Tuttavia, è soprattutto in presenza di ingenti risorse economiche, che emerge la necessità di assicurare che le stesse siano gestite ed assegnate in modo "equo" e sia garantita la corretta informazione, ai vari *stakeholder*, circa il loro utilizzo per il perseguimento dell'interesse pubblico. Come evidenziato in numerosi studi condotti negli ultimi mesi dall'Anac e da varie organizzazioni della società civile, tra cui *Transparency*, il contesto emergenziale ha intensificato il rischio corruttivo: la semplificazione delle procedure di affidamento, la particolare rilevanza commerciale assunta da alcune categorie di beni (mascherine, gel disinfettante, occhiali protettivi...), l'allentamento dei controlli, l'incredibile quantità di dati sanitari elaborati e trasmessi dalle strutture, sono solo alcuni dei fattori che possono "abilitare", all'interno delle organizzazioni, comportamenti corruttivi.

Da ciò consegue l'opportunità di prevedere, nel sistema aziendale di gestione del rischio, misure idonee a contrastare tali "fattori abilitanti", quali:

- maggiore trasparenza;
- la definizione di procedure e protocolli,
- l'aumento dell'efficacia dei controlli;
- il rafforzamento della tutela del segnalante;
- l'informatizzazione dei processi, al fine di rendere questi ultimi più facilmente tracciabili e controllabili e garantire una maggiore sicurezza dei dati.

Fattori sociali

L'analisi delle principali caratteristiche della popolazione residente nel territorio in cui opera l'Azienda può essere utile per individuare le maggiori determinanti degli eventi corruttivi, al fine di definire strategie di prevenzione efficaci.

La provincia dell'Aquila conta complessivamente 296.491 residenti (fonte ISTAT, dati al 1 gennaio 2020), suddivisi tra 108 Comuni, poco popolosi e situati in zone interne e montuose, che nella maggior parte dei casi superano un'altitudine di 1.300 metri.

La densità abitativa è molto eterogenea nel territorio della Regione. Essa presenta un valore medio pari a 121,42 ab/Kmq, con valori provinciali che variano da un minimo di 59,52 ab/Kmq della provincia dell'Aquila ad un massimo di 259,60 ab/Kmq della provincia di Pescara.

In relazione all'andamento demografico regionale, un recente studio condotto dall'Ufficio di Statistica della Regione Abruzzo ha evidenziato una costante diminuzione della popolazione nel periodo che va dall'anno 2014 al 2019, a motivo sia di una riduzione progressiva delle nascite, sia di un incremento del numero di decessi. In particolare, nell'arco di tempo considerato, il saldo naturale negativo è quasi raddoppiato (da - 3.848 nel 2014 a -6.109 nel 2019). Il trend descritto, dovuto all'aumento del tasso di mortalità, legato al progressivo invecchiamento della popolazione, ed alla riduzione del tasso di natalità, caratterizza l'intero territorio nazionale, anche se interessa con maggiore intensità l'Abruzzo, in particolare la provincia dell'Aquila, che ha subito il maggior decremento (-8.393 residenti, pari al -2,75%, a fronte di una riduzione della popolazione del -1,94% a livello regionale e del -0,91% a livello nazionale).

Gli effetti della pandemia da Covid-19 hanno ulteriormente rafforzato il trend negativo sopra illustrato.

Lo studio evidenzia una maggiore mortalità femminile, soprattutto nella provincia dell'Aquila, attribuibile presumibilmente alla più elevata età media delle donne rispetto agli uomini.

Con riferimento all'età, la ricerca evidenzia un aumento percentuale degli anziani rispetto ai giovani, con conseguente incremento degli indici di dipendenza strutturale, di dipendenza degli anziani e di vecchiaia.

La maggiore percentuale di popolazione è concentrata nella fascia di età compresa tra i 40 ed i 59 anni, mentre la popolazione di età compresa tra i 75 ed i 79 anni è superiore a quella compresa tra 0 e 5 anni. Nell'arco di tempo dal 2012 al 2020 è stata registrata una riduzione della popolazione di età inferiore ai 65 anni, mentre è aumentata la popolazione di età compresa tra i 65 ed i 99 anni.

All'incremento delle fasce più anziane si contrappone una sensibile diminuzione delle fasce di popolazione più giovane, con conseguente e prevedibile invecchiamento generale.

Nel territorio della ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila l'indice di vecchiaia è superiore sia rispetto al valore regionale, sia in relazione a quello nazionale.

Purtroppo, l'evoluzione in prospettiva non lascia spazio all'ipotesi di un recupero della popolazione nei prossimi anni. Infatti, parallelamente a quanto previsto a livello nazionale e a parte possibili deviazioni di traiettoria attribuibili ad eventi al momento non prevedibili, il progressivo invecchiamento della popolazione avrà un grosso impatto su diverse sfere di interesse della ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulla necessità di incrementare e migliorare i servizi sociali, assistenziali geriatrici e sanitari in genere, nell'ambito di un complesso processo programmatico.

Le particolari caratteristiche della popolazione appena esposte evidenziano un quadro epidemiologico caratterizzato da stati di morbosità legati soprattutto alle malattie cardiovascolari, alle patologie croniche dell'anziano e ai tumori. Purtroppo su tali patologie è difficile fornire, per singola area dell'Azienda USL, dati di frequenza esaustivi e precisi.

Sul fronte dell'occupazione, la crisi economica ha determinato una riduzione del tasso di crescita delle imprese abruzzesi, comprimendo in misura significativa l'offerta di lavoro presente nella Regione. La difficile congiuntura economica ha favorito la diffusione di condizioni di precarietà e di impoverimento, incidendo negativamente anche sullo stato di occupazione dei giovani, soprattutto donne. In base ai dati ISTAT, in Abruzzo si è assistito, negli ultimi anni, ad un incremento del tasso di inattività della popolazione attiva (ovvero di età compresa tra i 15 ed i 64 anni), con forte prevalenza dell'inattività femminile.

La crisi del mercato del lavoro ha determinato un generale impoverimento delle famiglie, come attestato dall'incidenza della povertà relativa delle famiglie abruzzesi, superiore alla media nazionale. Tali fattori hanno lentamente determinato anche un cambiamento nelle caratteristiche della "famiglia", da sempre considerata un fondamentale "agente sociale" per fronteggiare le situazioni di crisi, la povertà e l'esclusione sociale. In particolare, si osserva, in Abruzzo come in Italia, la tendenza ad aumentare delle famiglie monoparentali e di piccole dimensioni. Il progressivo processo di semplificazione e riduzione della dimensione familiare ha indebolito il ruolo della famiglia stessa nella società.

Quanto appena esposto assume un significativo rilievo nella nostra analisi, se pensiamo che, in base al rapporto Liberaldee pubblicato da Libera, tra i fattori sociali considerati rilevanti per la diffusione di comportamenti corruttivi vi sono:

- l'assenza di istituzioni e di una cultura diffusa della legalità (38,6%);
- le difficoltà economiche ed in ambito lavorativo (27,7%);
- il ruolo della famiglia e del contesto di riferimento (26,7%);
- altro (7%).

Da questi ultimi dati emerge come la crisi del mercato del lavoro, da un lato, e l'indebolimento della famiglia dall'altro, possano rappresentare importanti fattori abilitanti di eventi corruttivi.

I dati demografici sopra descritti si riflettono inevitabilmente sulle caratteristiche della popolazione scolastica, laddove numerosi studi, condotti anche a livello internazionale, hanno evidenziato come livelli più elevati di istruzione rappresentino un importante deterrente per i fenomeni corruttivi, in quanto favoriscono una maggiore diffusione di informazioni, l'affermazione di un senso civico più profondo ed una minore tolleranza nei confronti della corruzione.

Fattori tecnologici

Secondo la prospettiva tecnologica, sono diversi i fattori del contesto esterno da esaminare, ovvero:

- il livello di digitalizzazione che caratterizza il nostro Paese rispetto al resto d'Europa;
- il grado di obsolescenza delle apparecchiature sanitarie;
- l'innovazione, con particolare riferimento alla ricerca in campo farmaceutico.

Riguardo al primo aspetto, l'Italia presenta un grado di digitalizzazione relativamente basso rispetto alla media europea e, soprattutto, ai Paesi nord-europei, mentre lo stesso indice risulta più in linea con quello dei Paesi dell'Europa dell'est. In particolare, nel 2020 il DESI (Digital Economy and Society Index) ha assunto in Italia un valore pari a 43,6, inferiore alla media UE (pari a 52,6), che colloca il nostro Paese al 25° posto.

Lo scarso sviluppo delle infrastrutture informatiche, il basso livello di competenze digitali che caratterizza il nostro Paese, l'uso contenuto di tecnologie digitali da parte dei cittadini utenti hanno chiaramente determinato un rallentamento nel processo di digitalizzazione delle pubbliche amministrazioni. Tale situazione ha sicuramente impatto sul livello di corruzione del sistema, in quanto processi scarsamente informatizzati risultano poco standardizzabili e meno controllabili, per cui costituiscono un significativo fattore abilitante per comportamenti di tipo corruttivo.

Il secondo aspetto sopra citato riguarda una problematica specifica del settore sanitario, legata alla disponibilità ed all'uso di apparecchiature sanitarie. Le aziende sanitarie si caratterizzano di norma per una significativa dotazione di attrezzature ad elevato contenuto tecnologico, necessarie per lo svolgimento della

loro attività istituzionale. Si tratta, tuttavia, nella maggior parte dei casi, di beni che presentano un elevato tasso di obsolescenza. Sull'argomento, possono risultare interessanti gli studi condotti nel 2016 dall'Ufficio parlamentare di bilancio e, successivamente, nel 2019, dalla Corte dei Conti, che hanno evidenziato come il fabbisogno di investimenti in nuove tecnologie nel triennio 2018-2020 sia stato di circa 1,5 miliardi, di cui ben 1,1 mld per la sostituzione di attrezzature obsolete, mentre soltanto 0,4 mld per il potenziamento del patrimonio tecnologico delle ASL. Gli studi in parola hanno messo in luce, altresì, la distribuzione sperequata dei beni strumentali più costosi e, conseguentemente, della domanda di nuovi investimenti, che si è distribuita, nel periodo considerato, per una quota del 43% tra le Regioni del Nord e quelle in Piano di Rientro, per il 17% nelle Regioni del Centro e per il 40% nel Mezzogiorno.

La gestione dell'innovazione tecnologica in sanità risulta tutt'altro che agevole e scevra di rischi. La complessità e ridotta standardizzabilità dei beni oggetto di investimento richiedono trasparenza del mercato ed accesso ad informazioni specifiche, quali:

- il grado di diffusione delle tecnologie biomediche nel contesto regionale e nazionale;
- le condizioni del parco tecnologico aziendale e regionale in termini di esigenze manutentive, grado di obsolescenza e necessità di sostituzione;
- la possibilità di confrontare i prezzi di acquisto delle medesime tecnologie da parte delle altre aziende della Regione o di altre Regioni, in un momento di crescente attenzione verso le procedure di acquisto, al fine di recuperare margini di efficienza rispettando al contempo la qualità dei beni e dei servizi acquistati.

Ciò rende necessario un governo attivo della variabile tecnologica da parte delle aziende, mediante l'utilizzo di sistemi informativi di supporto in grado di mettere a disposizione dei *decision maker* un bagaglio di informazioni aggiornate e precise, sulle caratteristiche ed il prezzo delle tecnologie disponibili, il numero dei potenziali fornitori, le quote di mercato di questi ultimi, l'ampiezza della gamma dei beni offerti e così via.

L'ultimo profilo da considerare riguarda l'innovazione in campo farmaceutico. Dall'anno 2017 in Italia sono stati stanziati appositi fondi per coprire i costi dei cosiddetti farmaci innovativi. Com'è noto, l'erogazione di tali farmaci rappresenta una delle principali cause di incremento della spesa farmaceutica. Tuttavia, come evidenziato nel Focus condotto dall'Ufficio parlamentare di bilancio nel 2019 "*Lo stato della sanità in Italia*", i prezzi dei farmaci in argomento, oltre a tenere conto dei costi di ricerca, includono spesso anche rendite monopolistiche molto elevate da parte delle case farmaceutiche. Tali oneri, pur essendo in parte compensati dal risparmio dovuto alla diffusione dei farmaci generici e di quelli biosimilari, rendono necessaria una rigorosa governance del sistema. L'attuale meccanismo di regolazione, attraverso la determinazione dei tetti di spesa e il rimborso degli sforamenti a carico, in parte, della filiera del farmaco, non risulta ancora sufficiente. I prezzi stabiliti dal mercato, infatti, rischiano di escludere fasce di popolazione dai trattamenti e di non essere

sostenibili da parte dei sistemi sanitari pubblici, prestando il fianco a comportamenti illegittimi e/o poco trasparenti. Inoltre, è necessario valutare fino a che punto i nuovi farmaci presentino effettivamente un favorevole rapporto rischio-beneficio e costo-efficacia.

Fattori ambientali

La superficie della ASL 1, con una estensione pari a 5047 Km², copre il 47% del territorio della intera Regione, corrispondente alle zone interne e montuose della stessa.

L'Azienda opera sul territorio coincidente con la provincia dell'Aquila, con una popolazione residente distribuita in n. 108 comuni, n. 37 dei quali afferenti all'Area L'Aquila, n. 35 all'Area Marsica e n. 36 all'Area Peligno-Sangrina, distribuiti come riportato nella Figura 5.

Detti comuni, per lo più poco popolosi, si trovano nelle zone interne e montuose della Regione. In particolare, ventiquattro di essi sono situati ad un'altitudine superiore a 1000 metri, mentre gli altri superano addirittura i 1300 metri di altitudine.

A causa delle caratteristiche morfologiche del territorio, la struttura aziendale opera in una realtà caratterizzata da collegamenti non agevoli. La rete viaria è, infatti, in gran parte costituita da strade statali e provinciali strette e ad una corsia, che rendono lenti e pericolosi gli spostamenti, soprattutto nei periodi invernali.

Nell'analizzare i fattori ambientali del contesto esterno, non si può non tenere conto delle problematiche del territorio della ASL legate agli eventi sismici passati (L'Aquila 2009) e recenti (Amatrice 2016 – Norcia 2016 - Montoneale 2017 - 2018). L'Annuario statistico Italiano evidenzia come l'attività sismica degli anni 2016-2017 sia la maggiore degli ultimi 30 anni, concentrata soprattutto nelle regioni del Centro Italia: Marche, Umbria, Lazio e Abruzzo.

Nel complesso, i comuni colpiti dal sisma, individuati dai decreti legge del 17 ottobre 2016, n. 189, dell'11 novembre 2016, n. 205 e n. 84 del 10 Aprile 2017, sono 140. Di questi, 15 sono in Umbria, 87 nelle Marche, 15 nel Lazio e 23 in Abruzzo. La superficie territoriale relativa a questi comuni è di 7.986 chilometri quadrati.

Particolare attenzione deve essere dedicata, pertanto, alle attività inerenti la ricostruzione, alle eventuali infiltrazioni di criminalità organizzata e alle modalità con le quali le stesse potrebbero impattare sulle competenze della ASL.



Figura 5: Comuni afferenti rispettivamente alle Aree Distrettuali L'Aquila, Marsica e Peligno-Sangrina.

AREA	COMUNE
L'AQUILA	L'AQUILA
L'AQUILA	ACCIANO
L'AQUILA	BARETE
L'AQUILA	BARISCIANO
L'AQUILA	CAGNANO AMITERNO
L'AQUILA	CALASCIO
L'AQUILA	CAMPOTOSTO
L'AQUILA	CAPESTRANO
L'AQUILA	CAPITIGNANO
L'AQUILA	CAPORCIANO
L'AQUILA	CARAPELLE CALVISIO
L'AQUILA	CASTEL DEL MONTE
L'AQUILA	CASTELVECCHIO CALVISIO
L'AQUILA	COLLEPIETRO
L'AQUILA	FAGNANO ALTO
L'AQUILA	FORTECCHIO
L'AQUILA	FOSSA
L'AQUILA	LUCOLI
L'AQUILA	MONTEREALE
L'AQUILA	NAVELLI
L'AQUILA	OCRE
L'AQUILA	OFENA
L'AQUILA	PIZZOLI
L'AQUILA	POGGIO PICENZE
L'AQUILA	PRATA D'ANSIDONIA
L'AQUILA	ROCCA DI CAMBIO
L'AQUILA	ROCCA DI MEZZO
L'AQUILA	S. BENEDETTO IN PERILLIS
L'AQUILA	S. DEMETRIO NE' VESTINI
L'AQUILA	S. EUSANIO FORCONESE
L'AQUILA	S. PIO DELLE CAMERE
L'AQUILA	S. STEFANO DI SESSANIO
L'AQUILA	SCOPPITO
L'AQUILA	TIONE DEGLI ABRUZZI
L'AQUILA	TORNIMPARTE
L'AQUILA	VILLA S. ANGELO
L'AQUILA	VILLA S. LUCIA

AREA	COMUNE
MARSICA	AVEZZANO
MARSICA	AIELLI
MARSICA	BALSORANO
MARSICA	BISEGNA
MARSICA	CANISTRO
MARSICA	CAPISTRELLO
MARSICA	CAPPADOCIA
MARSICA	CARSOLI
MARSICA	CASTELLAFIUME
MARSICA	CELANO
MARSICA	CERCHIO
MARSICA	CIVITA D'ANTINO
MARSICA	CIVITELLA ROVETO
MARSICA	COLLARMELE
MARSICA	COLLELONGO
MARSICA	GIOIA DEI MARSÌ
MARSICA	LECCE NEI MARSÌ
MARSICA	LUCO DEI MARSÌ
MARSICA	MAGLIANO DE' MARSÌ
MARSICA	MASSA D'ALBE
MARSICA	MORINO
MARSICA	ORICOLA
MARSICA	ORTONA DEI MARSÌ
MARSICA	ORTUCCHIO
MARSICA	OVINDOLI
MARSICA	PERETO
MARSICA	PESCINA
MARSICA	ROCCA DI BOTTE
MARSICA	SAN BENEDETTO DEI MARSÌ
MARSICA	SAN VINCENZO VALLE ROVETO
MARSICA	SANTE MARIE
MARSICA	SCURCOLA MARSICANA
MARSICA	TAGLIACCOZZO
MARSICA	TRASACCO
MARSICA	VILLAVALLELONGA

AREA	COMUNE
PELIGNO-SANGRINA	SULMONA
PELIGNO-SANGRINA	CASTEL DI SANGRO
PELIGNO-SANGRINA	ALFEDENA
PELIGNO-SANGRINA	ANVERSA DEGLI ABRUZZI
PELIGNO-SANGRINA	ATELETA
PELIGNO-SANGRINA	BARREA
PELIGNO-SANGRINA	BUGNARA
PELIGNO-SANGRINA	CAMPO DI GIOVE
PELIGNO-SANGRINA	CANSANO
PELIGNO-SANGRINA	CASTEL DI IERI
PELIGNO-SANGRINA	CASTELVECCHIO SUBEQUO
PELIGNO-SANGRINA	CIVITELLA ALFEDENA
PELIGNO-SANGRINA	COCULLO
PELIGNO-SANGRINA	CORFINIO
PELIGNO-SANGRINA	GAGLIANO ATERNO
PELIGNO-SANGRINA	GORIANO SICOLI
PELIGNO-SANGRINA	INTRODACQUA
PELIGNO-SANGRINA	MOLINA ATERNO
PELIGNO-SANGRINA	OPI
PELIGNO-SANGRINA	PACENTRO
PELIGNO-SANGRINA	PESCASSEROLI
PELIGNO-SANGRINA	PESCOCOSTANZO
PELIGNO-SANGRINA	PETTORANO SUL GIZIO
PELIGNO-SANGRINA	PRATOLA PELIGNA
PELIGNO-SANGRINA	PREZZA
PELIGNO-SANGRINA	RAIANO
PELIGNO-SANGRINA	RIVISONDOLI
PELIGNO-SANGRINA	ROCCA PIA
PELIGNO-SANGRINA	ROCCACASALE
PELIGNO-SANGRINA	ROCCARASO
PELIGNO-SANGRINA	SCANNO
PELIGNO-SANGRINA	SCONTRONE
PELIGNO-SANGRINA	SECINARO
PELIGNO-SANGRINA	VILLALAGO
PELIGNO-SANGRINA	VILLETTA BARREA
PELIGNO-SANGRINA	VITTORITO

Fattori legali

Il 6 marzo 2007 la Regione Abruzzo ha siglato, con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un Accordo con Piano di Rientro dai disavanzi sanitari, ovvero un programma operativo di riqualificazione e riorganizzazione del SSR. Detto piano, valevole per il triennio 2007-2009, è poi proseguito prima con Programmi operativi e, da ultimo, con il Piano di riqualificazione del servizio sanitario abruzzese.

Il percorso dei Piani di Rientro intrapreso dalle Regioni con situazioni di disavanzo economico strutturale è stato accompagnato da una serie di misure e regolamentazioni, mirate soprattutto a contenere la spesa sanitaria, che hanno avuto notevole impatto sulle organizzazioni.

Tra gli interventi principali e con maggiore impatto è possibile citare:

- le misure per contrastare l'incremento della spesa per il personale, ovvero il blocco del *turn-over*, il blocco della contrattazione per il personale dipendente e convenzionato, il tetto alla spesa del personale pari alla spesa sostenuta nel 2004 ridotta dell'1,4% con un percorso graduale di incremento stabilito dalle leggi di bilancio, il limite al trattamento complessivo pari all'ammontare del 2010, il contenimento del trattamento accessorio ed il congelamento dei livelli retributivi anche del personale convenzionato;
- la limitazione delle dotazioni strutturali degli ospedali attraverso la fissazione di uno standard di posti letto (Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera), da perseguire attraverso il rafforzamento del day hospital e di forme alternative al ricovero;
- nel campo della specialistica ambulatoriale, l'introduzione di regole per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e l'imposizione di un superticket fisso di € 10,00 per ricetta (abolito in Abruzzo a far data dal 01/09/2020);
- gli interventi nel campo dell'assistenza farmaceutica, attraverso la definizione di tetti di spesa, la previsione di meccanismi di ripiano parzialmente posti a carico delle aziende (*pay-back*), sconti e rimborsi richiesti alla filiera del farmaco, l'incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci, il monitoraggio delle prescrizioni e dei consumi, l'incentivazione dell'uso dei farmaci generici, l'incremento delle compartecipazioni.

Il difficile percorso di risanamento del SSR ha dovuto fare i conti con la permanenza, e in alcuni casi con l'aggravarsi, di alcune difficoltà di accesso ai servizi da parte degli utenti, sia di tipo fisico (si pensi alle liste di attesa), sia di tipo economico (livelli elevati delle compartecipazioni). Sui tempi di attesa influiscono, oltre ai limiti di capacità produttiva legati alla disponibilità di risorse finanziarie, tecniche ed umane, anche variabili legate alla capacità di programmazione, vigilanza e governo della domanda.

Le difficoltà di accesso fisico ed economico ai servizi sanitari determinano, in alcuni casi, ulteriori criticità organizzative e gestionali, che possono rappresentare fattori abilitanti non trascurabili in un'ottica di prevenzione della corruzione: scarsa trasparenza nei confronti dei cittadini, basso livello di garanzie offerte, ridotta efficienza dei CUP, limitato controllo dell'intramoenia, difficoltà nella tutela dei pazienti cronici, non applicazione delle sanzioni in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, e così via.

Gli *stakeholder* interni ed esterni

Gli *stakeholder* dell'Azienda sono attori, sia interni che esterni, che sono influenzati, ed al contempo influenzano, le strategie aziendali.

I principali portatori di interesse interni sono: i responsabili delle articolazioni e strutture aziendali, i dipendenti e tutti i collaboratori non dipendenti.

I principali portatori d'interesse esterni sono: i cittadini, il terzo settore (le organizzazioni di cittadini, le associazioni di volontariato, le associazioni di pazienti), la Regione e gli Enti Locali, le imprese del territorio provinciale, le rappresentanze (ordine dei medici, sindacati dei lavoratori), le associazioni di categoria e l'Università dell'Aquila.

L'Azienda intende costruire e consolidare un rapporto positivo con i propri *stakeholder*, favorendo la comunicazione proattiva ed un dialogo costante con essi. In particolare, il coinvolgimento dei portatori di interesse può assumere una rilevanza strategica nell'ambito del sistema di gestione del rischio, in quanto può favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- il miglioramento dei processi decisionali aziendali: tale aspetto assume particolare rilevanza in presenza della situazione di emergenza sanitaria, laddove i processi decisionali sono maggiormente soggetti a rischi di distorsione;
- una più efficace gestione del rischio, migliorando la reputazione e l'immagine, in termini di affidabilità dell'amministrazione;
- la risoluzione di problematiche e l'innovazione di processo.

Ciò premesso, l'Azienda intende mettere in campo le seguenti strategie, al fine di creare "valore condiviso" con la rete degli *stakeholder* interni ed esterni:

- svolgere una corretta attività di comunicazione, attraverso la quale l'Azienda dia conto della propria attività e delle proprie scelte;
- integrare, laddove possibile, le aspettative rilevanti degli *stakeholder* all'interno delle proprie politiche e strategie;
- realizzare iniziative per fornire risposte concrete agli *stakeholder*.

4.2 Analisi del contesto interno

La ASL 1 è stata istituita con Delibera di Giunta Regionale n. 796 del 28.12.2009, come risultato della fusione della ex Azienda U.S.L. 1 di Avezzano–Sulmona e della ex Azienda U.S.L. 4 di L'Aquila, già commissariate con Delibera di Giunta Regionale n. 555 del 29.09.2009.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

Le sedi operative aziendali sono organizzate sul territorio provinciale dell'Azienda in funzione delle esigenze e dei bisogni sanitari da soddisfare; la loro collocazione fisica è indicata nella Carta dei Servizi.

Il logo ufficiale aziendale è il seguente:



Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web: <http://www.asl1abruzzo.it>

e l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it

Organizzazione

Il modello organizzativo è stato definito in modo tale da garantire un'offerta sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, omogenea ed uniforme su tutto il territorio aziendale, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'Azienda USL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, per garantire un efficace governo delle attività, in linea con i riferimenti normativi, adotta un modello organizzativo fondato sulle seguenti componenti:

- Strutture/Funzioni di Staff;
- Strutture Produttive;
- Strutture di Supporto Sanitario e Tecnico-Amministrative.

L'Azienda è articolata in strutture complesse e semplici, organizzate, laddove possibile, in Dipartimenti, che assicurano i livelli di:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro;
- Assistenza Territoriale/Distrettuale.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Il Dipartimento – Ospedaliero ed Extra-Ospedaliero - rappresenta la struttura organizzativa aziendale deputata a coordinare, con tutte le strutture aziendali, l'attività sanitaria e non sanitaria e a garantire, mediante un efficace ed efficiente uso delle risorse disponibili, lo svolgimento integrato di funzioni complesse.

In linea con i principi indicati nei Protocolli di Intesa Università – Regione, l'Azienda prevede che i dipartimenti integrino tra loro le unità operative a direzione ospedaliera e quelle a direzione universitaria.

In particolare, l'Azienda presenta Dipartimenti Strutturali e Dipartimenti Funzionali, come di seguito indicati:

- ✓ Dipartimenti Strutturali a componente ospedaliera:
 - n. 1 Dipartimento Medico;
 - n. 1 Dipartimento Chirurgico;
 - n. 1 Dipartimento dei Servizi;
 - n. 1 Dipartimento Materno Infantile (*dipartimento ex lege*);
- ✓ Dipartimenti Strutturali a componente mista ospedale-territorio o territoriale:
 - n. 1 Dipartimento Emergenza Urgenza;
 - n. 1 Dipartimento di Salute Mentale (*dipartimento ex lege*);
 - n. 1 Dipartimento di Prevenzione (*dipartimento ex lege*);
 - n. 1 Dipartimento dell'Assistenza Territoriale;
- ✓ Dipartimenti Strutturali Tecnico-Amministrativi:
 - n. 1 Dipartimento Tecnico;
 - n. 1 Dipartimento Amministrativo;
- ✓ Dipartimenti Funzionali:
 - n. 1 Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio;
 - n. 1 Dipartimento Funzionale Neuro Vascolare.

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL Avezzano, Sulmona, L'Aquila è articolata nei seguenti presidi:

- P.O. "San Salvatore" – L'Aquila;
- P.O. "SS Filippo e Nicola" – Avezzano;
- P.O. "Ospedale dell'Annunziata" – Sulmona;
- P.O. "Ospedale Civile" – Castel di Sangro;
- P.O. "Umberto I" – Tagliacozzo (parte riabilitativa).

PERSONALE IN SERVIZIO

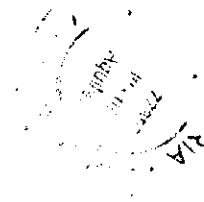
"FOTOGRAFIA AL 31 DICEMBRE 2020"

		UNIVERSITARIO
TEMPO INDETERMINATO	DIRIGENZA MV	684
	DIRIGENZA SPTA	74
	COMPARTO	2.556
TOTALE TEMPO INDETERMINATO		3.314

TEMPO DETERMINATO	DIRIGENZA MV	74
	DIRIGENZA SPTA	6
	COMPARTO	203
TOTALE TEMPO DETERMINATO		283

PERSONALE UNIVERSITARIO (in regime di convenzione)	DIRIGENZA MV	56
	DIRIGENZA SPTA	3
	COMPARTO	1
TOTALE PERSONALE UNIVERSITARIO		60

In considerazione dell'ampia dimensione dell'azienda, della numerosità e complessità dei servizi offerti e della vastità del territorio su cui la ASL01 opera, il personale in servizio risulta sottodimensionato rispetto all'effettivo fabbisogno, principalmente a motivo delle limitazioni introdotte dalla normativa per le Regioni in piano di rientro (si rinvia, a tal proposito, a quanto specificato nell'ambito dell'analisi del contesto esterno – fattori legali). Ai fini della nostra analisi, una situazione di carenza strutturale di personale può avere impatto sia rendendo di difficile applicazione la misura di carattere generale della rotazione ordinaria, sia riguardo alla possibilità di applicare il principio di separazione dei compiti e delle responsabilità.



Patrimonio

Nello schema che segue è rappresentata sinteticamente la situazione patrimoniale dell'azienda al 31/12/2019, risultante dall'ultimo bilancio approvato.

Fig. 6: Rappresentazione sintetica della situazione patrimoniale della ASL 01 al 31/12/2019 (dati estrapolati dal Bilancio di esercizio al 31/12/2019).

(importi in euro)

CODICE	DESCRIZIONE	Anno 2019	Anno 2018
	ATTIVITA'		
AAZ999	A) IMMOBILIZZAZIONI	187.148.755	192.715.803
AAA000	A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.424.124	1.619.651
AAA270	A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	185.722.565	191.094.085
AAA640	A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	2.066	2.066
ABZ999	B) ATTIVO CIRCOLANTE	335.890.187	329.683.954
ABA000	B.I) RIMANENZE	13.490.231	14.235.776
ABA190	B.II) CREDITI	292.511.973	286.375.128
ABA750	B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE	29.887.983	29.073.049
ACZ999	C) RATEI E RISCONTI ATTIVI	3.958.281	117.649
AZZ999	D) TOTALE ATTIVO	526.997.223	522.517.405
	PASSIVITA' E NETTO		
PAZ999	A) PATRIMONIO NETTO	147.901.889	161.042.696
PBZ999	B) FONDI PER RISCHI E ONERI	63.921.955	66.546.326
PCZ999	C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	2.489.583	2.251.125
PDZ999	D) DEBITI	312.683.441	292.677.258
PEZ999	E) RATEI E RISCONTI PASSIVI	356	0
PZZ999	F) TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO	526.997.223	522.517.405

Come si può notare osservando lo schema, la struttura patrimoniale della ASL è piuttosto elastica, in quanto prevalgono gli investimenti e le fonti di finanziamento a breve termine rispetto a quelli a medio-lungo termine. Tuttavia, l'attivo immobilizzato rappresenta circa il 35% del totale attività ed è formato prevalentemente da immobilizzazioni materiali, tra cui le voci più significative sono rappresentate dai fabbricati strumentali all'esercizio dell'attività istituzionale e dalle attrezzature sanitarie e scientifiche. Si tratta, in entrambi i casi, di beni essenziali per lo svolgimento dell'attività caratteristica dell'azienda, che richiedono costanti interventi di manutenzione per la conservazione del loro stato di funzionamento. Le attrezzature, in particolare, sono caratterizzate da un elevato grado di obsolescenza, per cui necessitano spesso di investimenti sostitutivi. Un'altra caratteristica della struttura aziendale è la rilevanza delle voci "Crediti verso clienti" pubblici e privati e "Debiti verso fornitori" per l'acquisto di beni e servizi, soprattutto sanitari. Tale aspetto evidenzia l'intensa rete di relazioni che l'Azienda intrattiene con l'ambiente esterno nello svolgimento della sua attività istituzionale.

Sistemi e processi

La ASL è un sistema aperto, che instaura numerose relazioni con l'ambiente esterno, e ad elevata complessità, a motivo dei molteplici processi nei quali si estrinseca l'operatività aziendale.

L'Azienda è dotata di un manuale di procedure amministrativo-contabili, che descrive e disciplina le fasi dei principali processi aziendali, adottato nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità, coordinato a livello regionale.

La dotazione di un set di procedure consente agli operatori di avere un preciso riferimento nell'espletamento delle attività ed ha favorito la maturazione, da parte dell'organizzazione, di una maggiore consapevolezza dei processi aziendali. Il manuale di procedure fornisce, inoltre, una chiara mappatura del sistema dei controlli interni, favorendo la diffusione della cultura del controllo all'interno dell'organizzazione.

Al manuale delle procedure amministrativo-contabili si affiancano diversi protocolli operativi e regolamenti, adottati da singole UU.OO. per disciplinare aspetti specifici della rispettiva operatività.

La formalizzazione di un set di procedure/regolamenti assume un valore particolarmente rilevante all'interno della ASL 01, sia in considerazione del fatto che essa deriva dalla fusione di due aziende preesistenti (L'Aquila e Avezzano-Sulmona), sia perché essa risulta dislocata su un territorio molto vasto e prevalentemente montuoso, con conseguenti difficoltà nei collegamenti e nelle comunicazioni. Tali condizioni potrebbero favorire, in assenza di un'adeguata condivisione e formalizzazione di procedure interne, lo sviluppo di pratiche operative eterogenee tra le diverse aree geografiche e la perdita di efficacia dei controlli interni.

Tecnologia

All'interno della ASL 01 i processi di digitalizzazione ed informatizzazione assumono un ruolo essenziale, sia nell'ambito dell'attività sanitaria in senso stretto, sia con riferimento alle attività amministrative di supporto.

Nel corso dell'anno 2020 sono state avviate due importanti iniziative volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema informativo aziendale.

La prima riguarda un progetto di sviluppo dell'interoperabilità tra il sistema di gestione della trasparenza ed il sistema di gestione documentale, al fine di garantire la strutturazione di efficaci flussi informativi e documentali, diminuendo drasticamente la quantità di lavoro necessaria all'aggiornamento del sistema trasparenza e migliorandone considerevolmente la qualità.

La seconda riguarda l'implementazione di un sistema informativo-contabile comune alle quattro aziende sanitarie regionali. Tale sistema informativo rappresenta, innanzitutto, un'evoluzione significativa rispetto a quello precedentemente in uso, con conseguente incremento del livello di informatizzazione dei processi aziendali. Ad un elevato grado di informatizzazione dei processi corrisponde una maggiore formalizzazione, standardizzazione e trasparenza degli stessi, una più chiara identificazione delle responsabilità, con conseguente riduzione della discrezionalità delle operazioni che, in alcuni casi, potrebbe degenerare addirittura in arbitrio.

Inoltre, l'utilizzo di uno stesso sistema informativo-contabile da parte delle quattro aziende sanitarie regionali favorisce lo sviluppo di un linguaggio comune, la comparabilità dei dati tra le aziende e il loro consolidamento, con conseguente miglioramento della qualità dei dati/informazioni relativi ai vari processi aziendali. Anche in questo caso, la crescente quantità e qualità dei dati a disposizione aumenta il livello di trasparenza e riduce il rischio del verificarsi di eventi corruttivi.

4.3 Conclusioni

Alla luce delle considerazioni sinora effettuate, è possibile affermare che la ASL 01 è un'organizzazione complessa, sia in termini strutturali che di risorse umane, dislocata in un territorio vasto e disagiato, anche per la sua morfologia prevalentemente montana.

La ASL 1 ha un'organizzazione che prevede competenze e funzioni dislocate sul territorio tra Strutture e Unità Operative. In una logica di prevenzione della corruzione, queste ultime potrebbero rivelarsi dei veri e propri centri di potere che, con facilità, potrebbero sfuggire al controllo gestionale centrale.

In questa ampia e complessa realtà, tutti i dipendenti in genere, di fatto, hanno potenzialmente margini nelle loro attività quotidiane per essere parte di fenomeni corruttivi.

L'operatore sanitario potrebbe prestarsi ad eventi corruttivi, anche di poco conto, per ottenere vantaggi personali e privilegi.

La ASL pertanto è potenzialmente esposta sia alla "grande corruzione" che alla "piccola corruzione". Mentre per contrastare la "grande corruzione" si avvale della collaborazione delle Istituzioni dello Stato (Magistratura, Nas, Forze dell'ordine, ecc.), nei confronti della cosiddetta piccola corruzione la ASL deve cercare di avere un ruolo proattivo utilizzando al meglio gli strumenti previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, quali, ad esempio, il codice di comportamento e la procedura *whistleblowing*. Per tali ragioni, come si avrà modo di illustrare nel prosieguo, la ASL01 ha programmato, per il periodo di riferimento del presente Piano, eventi formativi "in house", rivolti sia al personale dirigente che a quello del comparto, sulle tematiche relative al codice di comportamento, al codice ed al procedimento disciplinare. Inoltre, a fine 2020 ha implementato la piattaforma informativa *Whistleblowing*, in modo da assicurare la tutela dei "segnalanti" ai sensi dell'art. 54-bis del D. Lgs. n. 165/2001. Si fa rinvio ai paragrafi successivi per ulteriori precisazioni sulle misure programmate.

A conclusione dell'analisi del contesto, al fine di sintetizzare le principali risultanze emerse, sarà utilizzata la matrice SWOT, uno strumento di pianificazione strategica utile ad identificare i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione e le opportunità e minacce presenti nell'ambiente esterno, al fine di trarne informazioni in

grado di supportare i processi decisionali riguardanti il sistema di gestione del rischio, di cui si parlerà più avanti.

Fig. 7: Matrice SWOT Analysis.

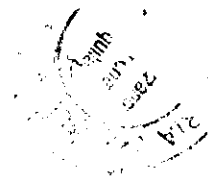
OPPORTUNITA'	MINACCE
Crescente ricorso al sistema whistleblowing	Scarsa fiducia del cittadino negli apparati burocratici e negli organi politici
Incremento del finanziamento del SSN	Morfologia montuosa del territorio
Crescente fabbisogno/domanda di informazioni	Elementi di complessità legati a situazioni emergenziali (sisma, Covid-19)
Evoluzione del sistema di prevenzione della corruzione a livello nazionale	Fragilità economica e sociale delle famiglie
Incremento del livello di digitalizzazione delle PP.AA.	Elevato livello di obsolescenza delle attrezzature sanitarie
	Difficoltà di accesso fisico ed economico ai servizi
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Offerta sanitaria omogenea e uniforme sul territorio	Elevata complessità dell'organizzazione e delle sue relazioni con l'ambiente esterno
Elasticità della struttura patrimoniale	Convivenza di culture aziendali e pratiche operative differenti (per effetto della fusione)
Presenza di un manuale di procedure amministrativo-contabili	Dislocazione dell'azienda su un territorio molto vasto
Crescente diffusione della cultura della prevenzione e del controllo	Elevato fabbisogno di interventi manutentivi/sostitutivi di beni del patrimonio aziendale
Crescente livello di informatizzazione dei processi	Difficoltà di comunicazione e di controllo
Sinergie tra RPCT e altri organi interni di controllo	Carenza di personale

5. GESTIONE DEL RISCHIO

5.1 Individuazione delle Aree di Rischio

Le "Aree di Rischio" a livello aziendale, come previsto dal P.N.A. 2019 (cfr. Allegato 1 pp. 22 e segg.), sono:

Aree di rischio generali, comuni a tutte le PP.AA., riferibili a:



- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale);
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche, per le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. anche PNA 2015 e PNA 2016), riferibili a:

- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

5.2 Mappatura dei processi

Nel percorso di valutazione del rischio, la mappatura dei processi - come indicato nel PNA 2019 - è un modo efficace per individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e descrivere i processi organizzativi, le attività che li compongono e le loro interazioni con altri processi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Si tratta, quindi, di una fase indispensabile e propedeutica alla formulazione di adeguate misure di prevenzione, che incide in modo determinante sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che potrebbero generarsi attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Con riferimento alle attività di mappatura dei processi e di valutazione del rischio, il precedente PTPCT 2020-2022, approvato con delibera del Direttore Generale n. 166 del 30/01/2020, ha rappresentato un momento di transizione dalla vecchia alla nuova metodologia, definita dall'ANAC all'interno del PNA 2019. Infatti, già a

partire dal 2019 sono state avviate le attività in argomento secondo la nuova metodologia, dando priorità ai processi riconducibili alle principali aree di rischio dell'azienda. Tuttavia, il ridotto tempo a disposizione non ha consentito di concludere tali attività con riferimento a tutte le aree di operatività aziendale entro la data di adozione del PTPCT 2020-2022.

Ciò premesso, nel corso dell'anno 2020, applicando la logica della gradualità auspicata dall'Anac, si è ritenuto prioritario addivenire ad un sistema di gestione del rischio interamente costruito sulla base della metodologia raccomandata dall'Anac nel PNA 2019.

Pertanto, è stata completata l'attività di mappatura dei processi e di valutazione dei rischi avviata nell'anno 2019, all'esito di uno specifico percorso formativo di livello avanzato sull'argomento, curato dalla SNA e rivolto ai Referenti Anticorruzione. In particolare, con nota prot. n. 229764 del 14/10/2020 è stata avviata sia la revisione delle mappature effettuate l'anno precedente, sia la mappatura ex novo di ulteriori processi aziendali, previa riconduzione degli stessi alle aree di rischio generali e specifiche per il settore sanitario individuate dall'Anac.

Il RPCT, pertanto, per favorire l'efficace implementazione della citata metodologia, ha coordinato i Referenti nell'attività di aggiornamento delle mappature, mediante: specifici audit, istituzioni di gruppi di lavoro, invio di mail ed interlocuzioni periodiche, anche con il coinvolgimento dell'Ufficio di supporto al RPCT e dei collaboratori dei Referenti. In particolare, nonostante le difficoltà connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria, sono stati organizzati incontri specifici con le singole U.O. al fine di condividere la metodologia di lavoro e gli aspetti essenziali delle attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi.

Di seguito, a titolo esemplificativo, si riporta la scheda di rilevazione utilizzata dalle UU.OO. nell'attività di mappatura dei processi, in conformità alle indicazioni del PNA 2019.

Codice	Descrizione	Processo	Mappatura del processo	Valutazione del rischio	Misure di mitigazione

5.3 Valutazione del Rischio

La valutazione del livello di rischio è finalizzata a stimare il grado di probabilità del verificarsi dell'evento rischioso e l'impatto che esso potrebbe determinare sull'organizzazione. A tal fine, la ASL ha applicato, a partire dal 2019 ed a regime nel corso del 2020, una nuova metodologia per la valutazione dei rischi corruttivi, al fine di recepire al meglio le indicazioni fornite dall'ANAC nei PNA 2015 e seguenti.

In particolare, dopo aver formato i Referenti, la nuova metodologia è stata utilizzata sia per revisionare la valutazione effettuata, su alcuni processi, nel corso dell'anno precedente, sia per valutare il rischio con riferimento ai processi oggetto di nuova mappatura.

Le risultanze della predetta attività sono riportate analiticamente nelle schede di cui all'Allegato 2.

Il metodo in questione ricalca l'approccio descritto nella "Guida sulla valutazione del rischio di corruzione" (www.unglobalcompact.org), rilasciata dall'organizzazione *Global Compact*¹, costituita all'interno delle Nazioni Unite in base ai principi riconosciuti da tutti gli Stati aderenti.

MODALITA' DI VALUTAZIONE

La valutazione avviene con il coinvolgimento dei seguenti attori:

- **Soggetto valutatore del rischio inerente:** è colui che ha l'autonomia nella scelta delle soluzioni e nella gestione delle risorse per affrontare le problematiche organizzative e per gestire i rischi di corruzione. La valutazione avviene attraverso la ricostruzione e l'analisi dello schema di attuazione del comportamento corruttivo. Ai medesimi soggetti compete anche la valutazione dell'efficacia dei controlli.
- **RPCT:** individua le priorità di intervento considerando la rilevanza del rischio, l'efficacia dei controlli, la natura della misura di trattamento e l'impatto sugli obiettivi dell'organizzazione connesso all'implementazione della misura.

GLI ELEMENTI

I principali elementi della valutazione sono: 1) l'oggetto; 2) la metodologia; 3) le dimensioni del rischio; 4) le scale; 5) la periodicità.

1) Oggetto della valutazione sono i rischi identificati, i comportamenti associati agli eventi rischiosi ed i relativi fattori abilitanti. La valutazione deve essere effettuata considerando il rischio al netto dell'adozione di azioni di risposta/trattamento, intraprese per contrarre la probabilità e/o l'impatto (cd. "rischio inerente") del suo verificarsi.

¹ L'United Nations Global Compact è un'iniziativa delle Nazioni Unite nata per incoraggiare le aziende di tutto il mondo ad adottare politiche sostenibili e nel rispetto della responsabilità sociale d'impresa e per rendere pubblici i risultati delle azioni intraprese (www.unglobalcompact.org).

2) La metodologia usata per la valutazione dei rischi organizzativi consiste nel Control & Risk Self-Assessment (C&RSA). Tale metodo di valutazione, di tipo qualitativo, è applicato sulla base di scale descrittive dei livelli di rating delle dimensioni del rischio.

In ogni caso, la scelta metodologica operata presenta i seguenti aspetti rilevanti:

- a. la valutazione è fondata su logiche e principi di natura "prudenziale". In considerazione del fatto che la probabilità del verificarsi di eventi di natura corruttiva non può essere stimata in maniera affidabile (anche per via dell'assenza di informazioni sufficientemente strutturate), è opportuno riferirsi a metodiche fondate sul cd. *worst case scenario*, al fine di individuare e porre in essere adeguate misure preventive. Uno dei modi più semplici per poter tradurre operativamente tale principio, consiste nel tenere conto, nell'analisi dei dati, degli estremi della distribuzione, ossia il valore minimo o massimo a seconda della scala utilizzata.
- b. il metodo di aggregazione dei dati è coerente con il tipo di scala utilizzata. Poiché la misurazione delle variabili di probabilità e impatto è avvenuta attraverso l'utilizzo di una scala ordinale, come indice di "tendenza centrale" è stata utilizzata la media.

3) Le dimensioni del rischio:

a. **Inerente (R.I.)** il rischio inerente rappresenta il livello totale di rischio associato ad ogni schema corruttivo, senza considerare i controlli esistenti. Le dimensioni del R.I. sono:

- i. *Probabilità*: eventualità che il rischio si verifichi.
- ii. *Impatto*: conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio.

Il valore del rischio inerente è dato dalla combinazione del valore della probabilità e del valore dell'impatto (Tabella 1).

Con riferimento alla probabilità, le variabili individuate hanno riguardato:

- i. *il livello di discrezionalità del processo, inteso come presenza/assenza di norme primarie o secondarie che vincolano lo svolgimento delle diverse fasi;*
- ii. *la rilevanza esterna del processo, intesa in termini di entità del beneficio ottenibile da terzi attraverso il processo;*
- iii. *il livello di complessità del processo, valutato in base al numero delle attività previste, alla loro diversificazione e interdipendenza, al coinvolgimento di diversi attori e all'esposizione a cambiamenti frequenti.*

Con riferimento all'impatto, le variabili individuate hanno riguardato:

- i. *l'impatto reputazionale, relativo ad articoli di giornale (stampa locale, nazionale o internazionale) pubblicati e /o a servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di corruzione o cattiva gestione, relativamente al processo in analisi, nell'ultimo*



triennio o il potenziale impatto prudenzialmente immaginato in caso di assenza di dati precedenti;

ii. l'entità dei costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento dei contenziosi (danno legato ai contenziosi), nell'ultimo triennio o il potenziale impatto prudenzialmente immaginato in caso di assenza di dati precedenti;

iii. l'impatto potenziale, ossia il danno (in termini economici, organizzativi o d'immagine) che il verificarsi degli eventi rischiosi legati al processo comporterebbe all'amministrazione in termini di mancato introito o commessa o mancato ricavo;

b. **Controlli:** livello di efficacia dei sistemi di controllo vigenti per il contenimento del rischio (Tabella 2). Con riferimento ai controlli, le variabili individuate hanno riguardato:

i. l'efficacia degli atti organizzativi interni nel prevenire che si verifichino uno o più eventi rischiosi legati al processo;

ii. l'efficacia dei controlli interni nel prevenire che si verifichino uno o più eventi rischiosi legati al processo o nel far emergere tali eventi.

c. **Residuo (R.R.):** il suo valore è dato dal confronto tra il valore del rischio inerente e il livello di efficacia/inefficacia dei sistemi di controllo vigenti (vedi tabella 2).

4) La Scala di Valutazione del rischio inerente: le variabili indagate sopra descritte sono state rilevate secondo una scala di Likert da 1 a 5.

5) La periodicità dell'assessment: tendenzialmente, la valutazione avverrà con periodicità annuale sui cataloghi dei rischi aggiornati. Tuttavia, per particolari tipologie di eventi che si collocano nell'area ad alto rischio, l'assessment potrà essere replicato nel corso dell'anno.

SCHEDA DI RILEVAZIONE

PROCESSO _____
RISCHIO _____

Probabilità

1. il livello di discrezionalità del processo, inteso come presenza/assenza di norme e/o regolamenti/procedure interne che vincolano lo svolgimento delle diverse fasi

1 Bassa discrezionalità	2	3	4	5 Alta discrezionalità
-------------------------	---	---	---	------------------------

2. la rilevanza esterna del processo, intesa in termini di entità del beneficio ottenibile da terzi attraverso il processo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. il livello di complessità del processo, valutato in base al numero delle attività previste, alla loro diversificazione e interdipendenza, al coinvolgimento di diversi attori e all'esposizione a cambiamenti frequenti

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

VALORI PROBABILITÀ	Calcolare la "media" sui predetti valori attribuiti (sub 1, 2 e 3) = _____
Legenda: ALTA (4/5) MEDIA (3) BASSA (1/2)	_____

Impatto

4. impatto reputazionale, relativo ad articoli di giornale (stampa locale, nazionale o internazionale) pubblicati e/o a servizi radio-televisivi trasmessi che hanno riguardato episodi di corruzione o cattiva gestione relativamente al processo in analisi nell'ultimo triennio

1 Basso Impatto	2	3	4	5 Alto Impatto
-----------------	---	---	---	----------------

5. Impatto economico (mancato introito), come costo azienda da considerare come mancato introito o commessa o mancato ricavo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Impatto finanziario (sanzione, penalità, danno), da intendere come possibile sanzione o penalità cui l'organizzazione va incontro ovvero come danno in termini finanziari veri propri (es. danno patrimoniale, risarcimento a terzi, costi in giudizio, ecc.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

VALORI IMPATTO	Calcolare la "media" sui predetti valori attribuiti (sub 4, 5 e 6) = _____ = _____
Legenda: ALTA (4/5) MEDIA (3) BASSA (1/2)	_____

CALCOLO DEL RISCHIO INERENTE (Probabilità /impatto)

Tabella 1: Scala di valutazione del rischio inerente		
Se la probabilità è:	Se l'impatto è:	Allora il rischio inerente è:
Alta	Alto	Alto
Alta	Medio	Medio/Alto
Alta	Basso	Medio
Media	Alta	Medio/Alto
Media	Medio	Medio
Media	Basso	Medio/Basso
Bassa	Alto	Medio
Bassa	Medio	Medio/Basso
Bassa	Basso	Basso

