

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).

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.

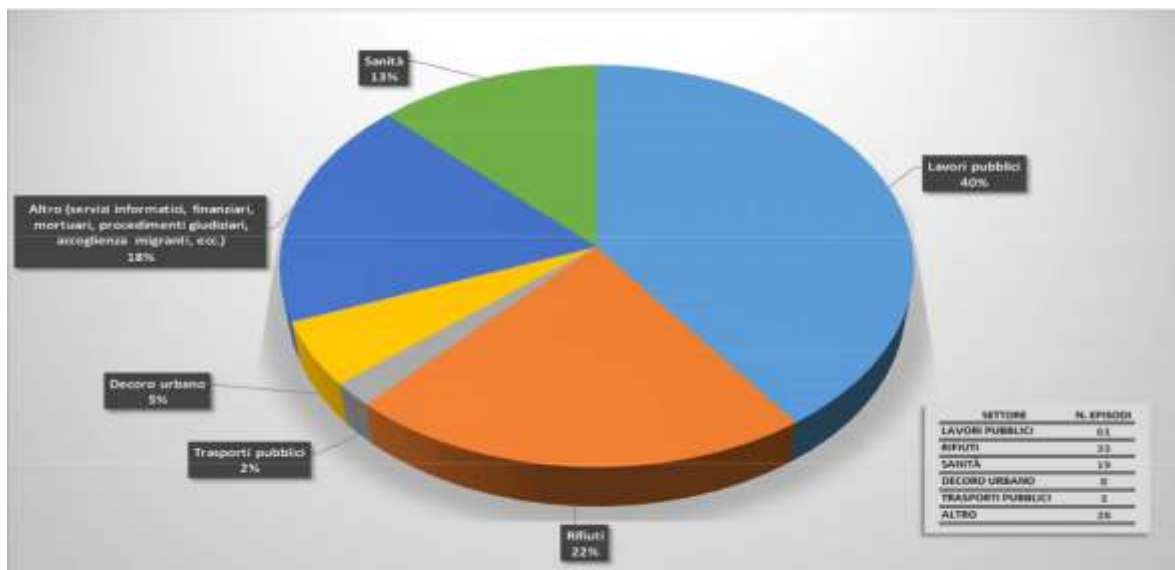
In particolare, l'analisi PESTEL si focalizza sulle seguenti classi di variabili: fattori politici, economici, sociali, tecnologici, ambientali e legali. Esaminiamoli separatamente.

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.*



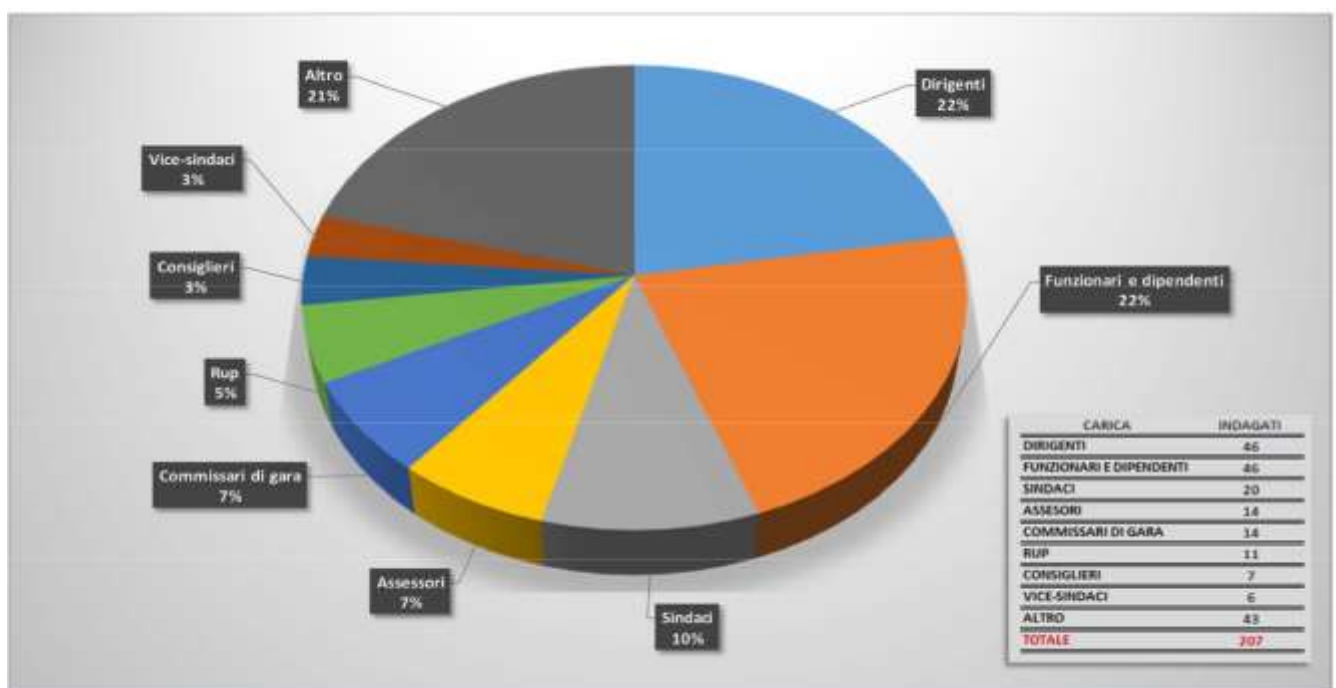
Fonte: Anac, *La corruzione in Italia (2016 - 2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare.*

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.

Introdotta 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%.

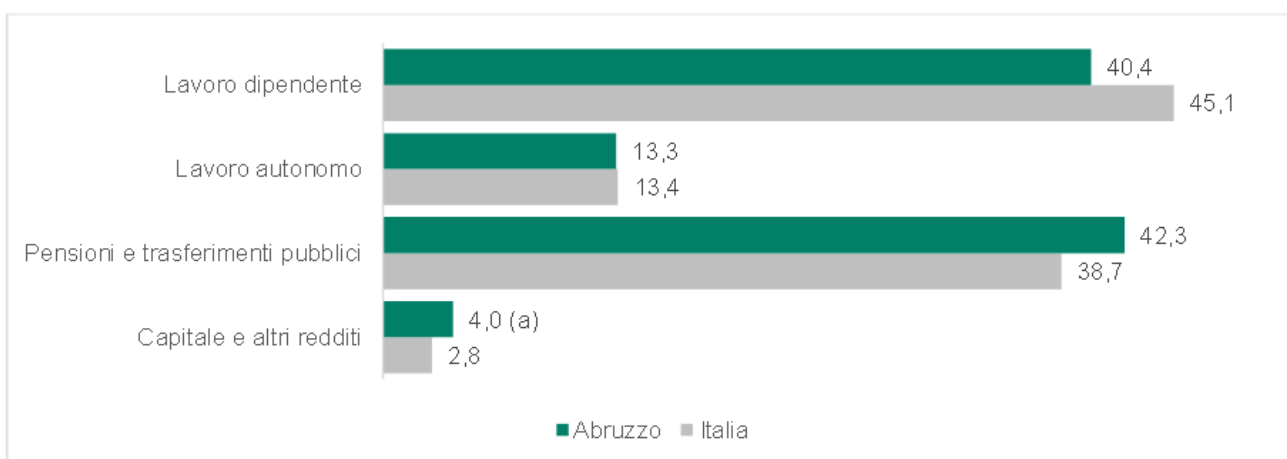
Figura 3: **Indicatori di povertà relativa. Abruzzo e Italia (valori percentuali).**

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	FONTECCHIO
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 MARS
MARSICA	LECCE NEI MARS
MARSICA	LUCO DEI MARS
MARSICA	MAGLIANO DE' MARS
MARSICA	MASSA D'ALBE
MARSICA	MORINO
MARSICA	ORICOLA
MARSICA	ORTONA DEI MARS
MARSICA	ORTUCCHIO
MARSICA	OVINDOLI
MARSICA	PERETO
MARSICA	PESCINA
MARSICA	ROCCA DI BOTTE
MARSICA	SAN BENEDETTO DEI MARS
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"

POSIZIONE GIURIDICA	AREA_CONTRATTUALE	UNITA'2020
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
TOTALE ASL		3.657

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 margine 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.

PROCESSO	FASI/AZIONI	EVENTO	MODALITÀ- COMPORTAMENTO (COME)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI	
				PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI E AMBIENTALI

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.
- 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.

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).

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 PROBABILITA'	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
RISCHIO INERENTE = _____		

Controlli interni e misure esistenti

7. efficacia degli atti organizzativi interni nel prevenire che si verifichino uno o più eventi rischiosi legati al processo

1 – Poco efficaci	2	3	4	5 – Molto efficaci
-------------------	---	---	---	--------------------

8. efficacia dei controlli interni ed esterni nel prevenire che si verifichino uno o più eventi rischiosi legati al processo o nel far emergere tali eventi

1 – Poco efficaci	2	3	4	5 – Molto efficaci
-------------------	---	---	---	--------------------

VALORI CONTROLLI	Calcolare la “media” sui predetti valori attribuiti (sub 7 e 8) = _____
Legenda: ALTA = 4.5/5 MEDIO ALTA= 3.5/4 MEDIA =3 MEDIO BASSA= 2/2.5 BASSA =1/1.5	_____

Tabella 2: Scala di valutazione del rischio residuo		
<i>Se il rischio inerente è:</i>	<i>E l'efficacia dei controlli è:</i>	<i>Allora il rischio residuo è:</i>
Alto	Alta	Medio-basso
Alto	Medio –alta	Medio
Alto	Media	Medio –alto o Medio
Alto	Medio – bassa	Medio – alto
Alto	Bassa	Alto
Medio –alto	Alta	Medio-basso
Medio –alto	Medio –alta	Medio o Medio - basso
Medio –alto	Media	Medio o basso
Medio –alto	Medio – bassa	Medio
Medio –alto	Bassa	Medio - alto
Medio	Alta	Basso
Medio	Medio –alta	Basso
Medio	Media	Medio – basso o basso
Medio	Medio – bassa	Medio – basso
Medio	Bassa	Medio
Medio –basso	Alta	Basso
Medio –basso	Medio –alta	Basso
Medio –basso	Media	Basso
Medio –basso	Medio – bassa	Medio – basso o basso
Medio –basso	Bassa	Medio – basso
Basso	Alto/medio/basso	Basso.

RISCHIO RESIDUO: _____

Le risultanze delle descritte attività di valutazione del rischio effettuate con il prevalente contributo dei Referenti e riferite sia alla revisione delle precedenti mappature, sia alle nuove mappature dei processi, effettuate in occasione dell'aggiornamento del PTPCT 2021/2023, sono riportate nelle schede in Allegato 2.

Tutta la documentazione utilizzata, elaborata e trasmessa dalle UU.OO. è conservata agli atti dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per l'Attuazione della Trasparenza.

5.4 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, come indica l'ANAC, non è possibile individuare misure astratte, ma è necessario progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. Le misure devono quindi essere impostate avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure non attuabili.

Pertanto, al fine di ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, sono previste misure di prevenzione (cfr. schede in Allegati 1 e 2) secondo un preciso cronoprogramma, in riferimento a ciascuna area di rischio, con l'indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili e degli indicatori utilizzati per il monitoraggio.

Si rileva che nel ciclo di gestione del rischio della ASL 1, oltre al RPCT, un ruolo strategico è assegnato ai Referenti ed al Collegio dei Referenti per la Prevenzione della Corruzione, da ultimo ricostituito con delibera n. 1489/2019. Il RPCT condivide con i Referenti la missione di percepire le nuove necessità di intervento in materia di anticorruzione, al fine di poter individuare le misure più appropriate per la gestione del rischio, tenuto conto che essa consiste in un processo dinamico che necessariamente deve essere aggiornato e migliorato rispetto all'evoluzione dell'assetto organizzativo aziendale. Particolarmente intensa è stata l'attività di tale organismo nella fase istruttoria del presente documento, atteso che le attività di mappatura dei processi, di valutazione del rischio e di individuazione delle misure di prevenzione più idonee, sono state svolte in modo condiviso e partecipato, coinvolgendo in primis il responsabile di U.O., effettivo *owner* del processo.

In proposito, si rileva che il PNA 2019 ribadisce che *"la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi"*.

In questo approccio, si è rivelata particolarmente efficace la leva della formazione dei Referenti e dei loro collaboratori, su cui l'Azienda intende continuare ad investire al fine sia di accrescere il livello culturale in materia di prevenzione della corruzione, sia di creare una visione organizzativa condivisa.

5.5 Monitoraggio

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, attraverso cui verificare, rispettivamente, l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del sistema stesso e consentire, in tal modo, di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

In conformità a quanto previsto nel PNA 2019 e tenuto conto della complessità del contesto aziendale della ASL 1 e della numerosità dei dati da controllare, si ritiene che il monitoraggio, per essere efficace, debba essere necessariamente articolato su più livelli. Il primo livello è in capo al Responsabile della struttura, che è chiamato ad adottare la misura ed ai Referenti, mentre il livello di controllo successivo è in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei Dirigenti Responsabili dell'UO e dei Referenti, che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello è attuato dal RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto. A tal fine, particolarmente efficace e vantaggiosa risulta la sinergia con le attività dell'Internal Audit e/o con gli altri organismi e Servizi con funzioni di controllo interno.

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità operative in cui si articola la ASL 1.

Il monitoraggio è indispensabile, tra l'altro, per acquisire elementi conoscitivi a supporto della redazione della Relazione annuale del RPCT.

La ASL 1 adotta un modello di gestione del rischio corruttivo "diffuso" - c.d. "modello di prevenzione a rete". I Referenti, i Dirigenti Responsabili delle UU.OO. ed i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno infatti il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT. Tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

Nel corso dell'anno, il RPCT ha stimolato periodicamente i Referenti, attraverso incontri, riunioni, la trasmissione di note e di e-mail, sia in relazione all'attuazione delle misure generali e specifiche entro le tempistiche stabilite nel Piano, sia ai fini dello svolgimento delle attività di monitoraggio.

Nel corso del 2020 è stata avviata una specifica collaborazione con la funzione Internal Audit, che si prevede di potenziare ulteriormente nel corso del 2021, sin dal momento della pianificazione delle rispettive attività, con il duplice obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema di gestione del rischio. Da un lato, infatti, le richiamate sinergie tra organi/funzioni di controllo interno possono senz'altro facilitare il conseguimento del

risultato finale di conformità dei comportamenti organizzativi alle procedure, dall'altro evitano la duplicazione di attività di controllo, contenendo le inefficienze.

Sempre nell'ambito di un processo di miglioramento continuo del sistema di gestione del rischio, il RPCT intende, nel corso del 2021, trarre il massimo sostegno dalle iniziative avviate dall'Anac, quali la partecipazione al Forum RPCT, finalizzato alla costruzione di una solida rete di collaborazione tra RPCT a livello nazionale, ed agli incontri on-line per la condivisione di esperienze, problematiche e buone pratiche, che rappresentano un'importante occasione di confronto con altre realtà organizzative per trarre importanti spunti e stimoli di miglioramento. Inoltre, nel corso del 2021, il RPCT intende curare l'implementazione dei dati sulla nuova Piattaforma ANAC. Come infatti specificato dall'Anac nell'allegato 1, par. 6, del PNA 2019, la Piattaforma in argomento, oltre a rappresentare un sistema di raccolta di dati e informazioni relativi alla programmazione e adozione del PTPCT, costituisce anche un importante supporto per l'amministrazione, al fine di avere una migliore conoscenza e consapevolezza dei requisiti metodologici più rilevanti per la costruzione del Piano, e di monitorare lo stato di avanzamento dell'adozione delle misure di prevenzione.

Il monitoraggio a cura dei Dirigenti Responsabili e dei Referenti è effettuato mediante l'invio al RPCT di "report" periodici sull'applicazione, nell'ambito di competenza, delle misure generali e specifiche programmate, alla data del 30 giugno e del 30 novembre di ciascun anno, nelle quali dovranno essere fornite informazioni dettagliate in merito all'applicazione delle misure medesime (in proposito si rinvia all'Allegato 1). In particolare, attraverso i report di monitoraggio, i Responsabili ed i Referenti sono invitati a dare conto dello stato di attuazione delle misure generali e specifiche previste nel Piano ed a riferire in ordine alle criticità riscontrate, ad eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento, ai bisogni formativi e ad eventuali proposte volte a consentire l'aggiornamento ed il miglioramento del PTPCT.

Tali elementi informativi consentono al RPCT di valutare, attraverso i feedback ricevuti, l'idoneità e l'efficacia del sistema nel suo complesso.

6. SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITA'

6.1 Il Direttore Generale.

Il Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, è l'organo della ASL a cui competono tutti i poteri di governo e gestione, nonché la rappresentanza dell'Azienda.

Ai sensi dell'art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii., il Direttore Generale risponde alla Regione del proprio operato nell'ambito della programmazione regionale e degli indirizzi, delle valutazioni e delle proposte espressi dagli organismi locali di riferimento politico-istituzionale.

Ha il compito primario di impostare e regolare l'assetto organizzativo ed il funzionamento dell'azienda e di governare il sistema delle relazioni della struttura con il contesto istituzionale e socio-economico di riferimento.

Il Direttore Generale attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione e nell'allocazione delle risorse. E' coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

L'organo di indirizzo deve assumere un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole, che sia di reale supporto al RPCT.

Il Direttore Generale, in qualità di soggetto coinvolto nella prevenzione della corruzione ai sensi dell'art. 1, commi 7 e 8, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
- assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale, nonché il necessario supporto, mediante l'assegnazione di risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di Bilancio;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione, concorre all'individuazione delle relative misure e ne promuove l'attuazione;
- adotta, su proposta del RPCT, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e gli aggiornamenti annuali;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, tra i quali si menziona il Codice di Comportamento Aziendale;
- assicura la sostanziale coerenza della strategia di prevenzione della corruzione con tutti gli atti di programmazione aziendale, garantendone il reale coordinamento e collegamento con il PTPC;
- promuove iniziative formative in materia di anticorruzione ed il miglioramento del sistema della performance, del merito e della trasparenza.

6.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

Il RPCT della ASL01, a far data dal 1 gennaio 2021, è la dott.ssa Federica Faccia, nominata con delibera del Direttore Generale n. 2088 del 24 novembre 2020.

L'ANAC nel PNA 2019 precisa che: *"La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa. Il ruolo di tale soggetto è stato poi rafforzato dal d.lgs. 97/2016 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della trasparenza (RT) [...]"*.

Il RPCT è nominato dal Direttore Generale ai sensi della L.190/2012, osservando il criterio della rotazione. Tale nomina è comunicata all'ANAC.

Al RPCT è assicurata specifica formazione ed idonea dotazione di personale e di risorse, al fine di adempiere ai compiti ed alle funzioni che gli sono attribuiti per legge, con piena autonomia ed effettività (cfr. D.lgs. n. 97/2016 e s.m.i.).

L'Autorità ha avuto modo di precisare e dettagliare i poteri del RPCT nella delibera n. 840 del 2018, a cui si fa espresso rinvio. In tale atto, sulla base della ricognizione completa delle norme che ne disciplinano il ruolo, i compiti e le responsabilità, l'Autorità ha specificato che l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione di un'amministrazione o ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema, al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. Pertanto, i poteri di vigilanza e controllo che il RPCT può esercitare all'interno della p.a. o di un ente sono strettamente funzionali al perseguimento di tale obiettivo.

L'ANAC ha avuto modo di chiarire che *"laddove il RPCT sia destinatario di segnalazioni o comunque riscontri fenomeni di corruzione, in senso ampio, i suoi compiti si sostanziano in una delibazione sul fumus di quanto rappresentato al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura del RPCT rivolgersi agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o amministrazione."* (cfr. PNA 2019 pp. 100 -101).

L'Autorità ritiene che i poteri di vigilanza e controllo del RPCT devono rimanere connessi al ruolo principale che il legislatore assegna a tale figura, che consiste, come già evidenziato, nell'impostazione di un adeguato sistema di prevenzione della corruzione, descritto nel PTPC, e nella verifica della sua effettiva implementazione all'interno dell'organizzazione e della sua efficacia.

Si rammenta che la stessa legge 190/2012 (art. 1, co. 8, 9, lett. c), e co. 10) attribuisce al RPCT compiti principalmente rivolti a sostenere e guidare il processo di formulazione del PTPC e a verificarne il

funzionamento e l'attuazione.

Spetta al RPCT presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta di PTPCT che sia "idonea", ossia studiata per essere efficace per lo specifico ente in cui deve essere attuata.

A ciò si deve aggiungere, ai sensi dell'art. 1, co. 7, l. 190/2012, l'obbligo: di vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano; di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; di indicare, 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.

I risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT, sono resi noti dal RPCT in una Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione (art. 1, co. 14, l. 190/2012).

- RPCT e rapporti con: il Direttore Generale, OIV, dirigenti e dipendenti della ASL

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende, in gran parte, dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT. A tal fine, sono state adottate disposizioni legislative per rafforzare l'idea di un modello di sistema di prevenzione della corruzione, in cui il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento ed il cui funzionamento effettivo dipenda in larga misura dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione ed all'attuazione delle misure di prevenzione.

In particolare, l'art. 1, co. 7, della legge n. 190/2012 stabilisce, unitamente al dovere dell'organo di indirizzo di assicurare che l'incarico di RPCT sia svolto con piena autonomia ed effettività, anche l'obbligo, da parte del RPCT, di segnalare all'organo di indirizzo ed all'OIV le disfunzioni relative all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.

L'art. 1, co. 8, della predetta legge stabilisce che spetta all'organo di indirizzo definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la medesima disposizione attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPCT, nonché per la verifica della sua attuazione ed idoneità, con conseguente potere di proporre modifiche al Piano medesimo.

Inoltre, l'art. 1, co. 14 della L.190/2012, dispone che il RPCT ha l'obbligo di riferire all'organo di indirizzo sull'attività svolta, attraverso la predisposizione della Relazione annuale. Inoltre, nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta anche nel corso dell'anno.

Con riferimento ai rapporti tra RPCT e dirigenti dell'amministrazione, la legge indica che i dirigenti, nonché i responsabili apicali, sono tenuti a collaborare con il RPCT sia in sede di mappatura dei processi, sia in fase di stesura del PTPCT (art. 1, co. 9 lett. a) L. 190 del 2012).

Il legislatore stabilisce, altresì, che il RPCT, d'intesa con i dirigenti competenti, verifichi l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, co. 10, lett. b) L. 190/2012).

Con le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 alla L. 190/2012, risulta poi evidente l'intento del legislatore di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente come il RPCT debba avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente per l'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e come, alle responsabilità del RPCT, si affianchino quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, rispondono dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso D.Lgs. 165/2001, all'art. 16, co. 1 lett. I-bis) I-ter) e I-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali, quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione, fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo, provvedendo, altresì, al loro monitoraggio.

Il coinvolgimento di tutti i dipendenti dell'amministrazione e la loro collaborazione con il RPCT sono inoltre assicurati da quanto disposto dall'art. 1, co. 9, lett. c), ove si stabilisce che il PTPCT preveda «*obblighi di informazione nei confronti del responsabile [...] chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*». Si rammenta, inoltre, che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore.

Con le novità apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 alla L. n. 190/2012, il legislatore ha voluto, tra l'altro, rafforzare la sinergia tra il RPCT e l'OIV, al fine di coordinare meglio gli obiettivi di performance organizzativa e individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione. In tal senso, la legge prevede diverse forme di collaborazione tra queste due figure.

In primis, si evidenzia la facoltà dell'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012).

Inoltre, la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta, da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, deve essere inviata, oltre che all'organo di indirizzo (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012), anche all'OIV. Quest'ultimo è tenuto a verificarne i contenuti ai sensi dell'art. 1, co. 14, della L. 190/2012 e, nell'ambito di tale attività di verifica, ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che

ritiene necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza ed effettuare audizioni di dipendenti.

Infine, la verifica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 D.Lgs 33/2013). In materia di trasparenza, in particolare, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g) del D. Lgs. n. 150/2009, l'OIV "promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità [...]". Nello specifico, annualmente e con riferimento allo stato delle pubblicazioni al 31 marzo, è prevista, in capo all'OIV, l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'amministrazione, con riferimento ad alcune specifiche sottosezioni della sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale aziendale, volta per volta indicate dall'Anac.

Per maggiori dettagli su tale procedimento relativamente all'anno 2020, si rinvia al paragrafo 8. *Trasparenza*.

- RPCT e rapporti con ANAC

L'ANAC ritiene essenziale un costruttivo rapporto di collaborazione e interlocuzione con il RPCT. I rapporti tra RPCT ed ANAC sono infatti fondamentali per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione, come espressamente declinato nella L. n. 190/2012. Di tanto si è dato conto, peraltro, nella delibera n. 840/2018, a cui ancora una volta si rinvia. La collaborazione dei RPCT è indispensabile per l'Autorità al fine di poter compiutamente svolgere, ai sensi dell'art.1, co. 2, lett. f), L. 190/2012, la propria attività di vigilanza sulla predisposizione ed attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013.

A tal proposito, il RPCT della ASI 1 intende registrarsi e accreditarsi nell'apposita piattaforma dell'Autorità, come indicato nel PNA 2019 e partecipare alle numerose iniziative curate dall'Anac, quali il forum, gli incontri tematici, le giornate nazionali di incontro, al fine di svolgere un ruolo di partecipazione attiva nell'ambito della rete nazionale degli RPCT.

L'ANAC ha chiarito le modalità di interlocuzione con il RPCT, in materia di vigilanza sulle misure di prevenzione della corruzione, con Delibera n. 330/2017 «Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione». Al RPCT, infatti, l'ANAC si rivolge per comunicare l'avvio del procedimento di vigilanza. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile per l'avvio del procedimento. In questa fase, il RPCT è tenuto a collaborare fattivamente con l'Autorità ed a fornire le informazioni e i documenti richiesti in tempi brevi, possibilmente corredati da una relazione quanto più possibile esaustiva, utile all'ANAC per svolgere la propria attività.

Con particolare riferimento alla funzione di vigilanza e di controllo sulla trasparenza esercitata dall'ANAC, in virtù dei poteri ad essa conferiti dall'art. 45 del d.lgs. 33/2013, le modalità di interlocuzione e di raccordo tra l'Autorità ed il RPCT sono state precisate nella Delibera n. 329/2017.

Il RPCT è tenuto a riscontrare la richiesta dell'ANAC nei tempi previsti dal richiamato Regolamento, fornendo innanzitutto notizie sul risultato dell'attività di controllo svolta sulla corretta attuazione, da parte dell'amministrazione, degli obblighi di pubblicazione.

L'ANAC, qualora nello svolgimento dei compiti di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del d.lgs. 33/2013, rilevi l'esistenza di fattispecie sanzionabili ai sensi dell'art. 47 dello stesso decreto, si rivolge al RPCT perché fornisca le motivazioni del mancato adempimento. Spetta al RPCT, quindi, verificare se l'inadempimento dipenda, eventualmente, dalla mancata comunicazione da parte dei soggetti obbligati, trasmettendo, qualora ricorra questa ipotesi, i dati identificativi del soggetto responsabile della predetta omissione.

- RPCT e competenze in materia di trasparenza.

Nel ribadire, come ampiamente ricordato in precedenza, che compiti, responsabilità e funzioni del RPCT sono analiticamente previsti nel PNA 2019 e nella delibera n. 840/2018, è utile in questa sede rammentare che, a seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 al D.Lgs. n. 33/2013, sono concentrate, nella figura del RPCT, anche le funzioni di Responsabile della trasparenza. Analogamente, il PTPCT contiene ora anche la sezione dedicata alla trasparenza. Nel predisporre il PTPCT, il RPCT deve, pertanto, occuparsi anche della programmazione delle attività necessarie a garantire la corretta attuazione delle disposizioni in tema di trasparenza, elaborando un'apposita sezione del Piano. Spetta, inoltre, al RPCT il compito di svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, assicurando anche che sia rispettata la "qualità" dei dati (art. 6, d.lgs. 33/2013, cfr. Parte III, § 4. "La trasparenza"). Da ciò consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, all'ANAC o all'UPD (art. 43, co. 1 e 5, D.Lgs. 33/2013). Sui poteri e i doveri del RPCT in materia di trasparenza e accesso civico, l'Autorità è intervenuta con due delibere, a cui si fa rinvio. Si tratta della delibera n. 1309/2016, recante «*Indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013*», ed in particolare dell'Allegato: «*Guida operativa all'accesso generalizzato*», e della delibera n. 1310/2016 recante «*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*» (in particolare § 2. e § 9.).

Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013), finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati prevista normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine di trenta giorni, avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i

documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale. Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, al vertice politico e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione (art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013).

In materia di trasparenza, nel corso del 2021 sarà svolta, da parte dell'Ufficio per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, un'attività di monitoraggio sistematico della completezza e dell'aggiornamento delle informazioni contenute nelle varie sottosezioni dell'Amministrazione Trasparente, al fine di potenziare e consolidare la trasparenza quale fondamentale misura di prevenzione dei comportamenti corruttivi. In particolare, progressivamente tutte le sottosezioni saranno sottoposte a verifica, provvedendo a compilare, per ciascuna sottosezione sottoposta a monitoraggio, uno specifico report, con indicazione delle eventuali anomalie riscontrate. Il report sarà poi trasmesso alle UU.OO. responsabili della pubblicazione di informazioni/documenti nella sottosezione oggetto di verifica, affinché siano poste in essere le azioni correttive necessarie al superamento delle eventuali criticità. Tale attività di monitoraggio sistematico persegue anche l'obiettivo di sensibilizzare l'intera organizzazione alla cultura della trasparenza.

6.3 I Referenti in materia di prevenzione della corruzione.

In conformità alle direttive ANAC, cfr. anche PNA 2019, la ASL ha previsto la figura dei Referenti in materia di prevenzione della corruzione. Infatti, per garantire adeguato supporto al RPCT, l'Autorità ha raccomandato, soprattutto nelle organizzazioni particolarmente complesse, l'individuazione, nell'ambito del PTPCT, dei Referenti del RPCT.

Il ruolo di tali referenti è fondamentale per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT. Essi svolgono una costante attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per l'aggiornamento ed il monitoraggio del PTPCT, nonché in ordine all'attuazione delle misure.

La ASL 1, da ultimo con deliberazione n. 1489 del 22 agosto 2019, ha istituito il "Collegio dei Referenti in materia di prevenzione della corruzione" della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila, in sostituzione del precedente organismo denominato "Collegio Ristretto dei Referenti", disciplinato con deliberazione n. 824 del 31 maggio 2016. L'attuale organismo è composto dai Responsabili/Direttori delle strutture aziendali di seguito indicate:

1. UOC Servizio Farmaceutico Aziendale;
2. UOC Acquisizione Beni e Servizi;
3. UOC Lavori Pubblici ed Investimenti;
4. UOSD Servizi Sistemi Informativi;

5. UOC Personale;
6. UOSD Attività Libero Professionale Intramoenia;
7. UOC Servizio di Medicina Legale;
8. UOC Ingegneria Clinica;
9. UOSD Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate;
10. Ufficio Formazione e Sviluppo Professionale;
11. UOSD Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
12. UOC Direzione Amministrativa del Dipartimento dell'Assistenza Territoriale;
13. UOSD Sistema di Accesso e Customer Service;
14. UOC Affari Generali e Legali;
15. UOSD Controllo di Gestione;
16. UOC Direzione Amministrativa dei PP.OO e dei Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione
17. UOC Bilancio e Risorse Economico-Finanziarie;
18. UOSD Governo Clinico;
19. UOC Gestione ed Ottimizzazione del Patrimonio;
20. UOC Area Distrettuale L'Aquila;
21. UOC Area Distrettuale Marsica;
22. UOC Area Distrettuale Peligno-Sangrina;
23. UOC Direzione Sanitaria P.O. di L'Aquila;
24. UOC Direzione Sanitaria P.O. di Avezzano;
25. UOC Direzione Sanitaria P.O. di Sulmona;
26. UOSD Direzione Sanitaria P.O. di Tagliacozzo;
27. UOSD Direzione Sanitaria P.O. di Castel Di Sangro;
28. Dipartimento di Prevenzione;
29. Dipartimento Medico;
30. Dipartimento Chirurgico;
31. Dipartimento dei Servizi;
32. Dipartimento Materno Infantile;
33. Dipartimento Emergenza Urgenza;
34. Dipartimento di Salute Mentale;
35. Dipartimento dell'Assistenza Territoriale.

Si tratta di un Organismo collegiale a supporto del RPCT, di rilievo fondamentale nel processo di gestione del rischio, tenuto conto anche delle dimensioni dell'Ente. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per

dare concretezza ed efficacia alla propria azione, si avvale della collaborazione dei Referenti che hanno un ruolo operativo permanente nella diffusione della cultura della legalità, in particolare con funzioni di proposta e monitoraggio sull'applicazione delle misure per prevenire fenomeni di corruzione.

I Referenti, anche singolarmente, hanno le seguenti principali competenze e funzioni:

- attività informativa nei confronti del RPCT;
- attività di raccordo nel sistema a "rete" dell'anticorruzione aziendale;
- attività di supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nel processo di gestione del rischio e nella definizione del sistema aziendale di prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla mappatura dei processi, alla valutazione del rischio ed alla individuazione delle misure di prevenzione ai fini dell'aggiornamento del P.T.P.C.T.;
- attuazione, nel rispettivo ambito di competenza, delle misure generali, specifiche e gestionali, nonché degli adempimenti di pubblicazione in materia di trasparenza espressamente previsti nel PTPCT;
- monitoraggio sull'applicazione, nel rispettivo ambito di competenza, delle misure per la prevenzione della corruzione previste nel PTPCT o da altri provvedimenti normativi e/o aziendali in materia;
- monitoraggio sull'adempimento, nel rispettivo ambito di competenza, degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", previsti analiticamente nella specifica sezione del PTPCT;
- formulazione di proposte formative in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza rivolte al personale e promozione di iniziative finalizzate a favorire la "cultura della legalità" in ambito aziendale;
- individuazione di proposte, con riferimento all'ambito di competenza, finalizzate al miglioramento delle attività e dei processi aziendali al fine di massimizzare l'efficienza, ridurre gli eventi rischiosi e favorire contestualmente la trasparenza;
- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi della propria unità operativa;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione sull'argomento dei dipendenti assegnati ai propri uffici, unitamente alla diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- operare in modo da creare i presupposti necessari all'efficace attuazione, da parte del personale della propria U.O., delle misure programmate nel PTPCT.

6.4 I dirigenti con incarico di responsabilità di Unità Operativa.

I Dirigenti con incarico gestionale di responsabilità di Unità Operativa (sia di area sanitaria che di area tecnico-amministrativa) sono chiamati, in conformità alle nuove disposizioni in materia, a fornire collaborazione nell'ambito del sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

La concreta attuazione delle misure anticorruzione è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti. Pertanto, il vertice aziendale impartisce indirizzi ed istruzioni, affinché sia assicurato che tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al RPCT.

In particolare, è opportuno ricordare che con le modifiche apportate dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge n. 135 del 2012, sono state introdotte tre lettere nell'ambito del comma 1 dell'articolo 16 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, attribuendo ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. In particolare, gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) del citato art. 16 prevedono che i dirigenti:

- 1-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio a cui sono preposti;
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- 1-quater) provvedono al monitoraggio delle attività, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di 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.

Con le nuove norme, pertanto, al RPCT è stata affiancata l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

La collaborazione è fondamentale per consentire al RPCT e all'organo di indirizzo, che adotta il PTPCT, di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo. Infatti, la fase principale nell'elaborazione del Piano è quella di individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti, anche ai fini della responsabilità dirigenziale. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016, risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura, emergendo più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'ente e che alla sua responsabilità si affiancano, con

maggior decisione, quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Pertanto, al fine di consentire al RPCT lo svolgimento dei compiti istituzionali, i Dirigenti Responsabili di U.O. devono concorrere attivamente al raggiungimento degli obiettivi di gestione del rischio. Essi, in particolare, devono:

- fornire informazioni e/o segnalazioni al RPCT e, se del caso, all'UPD e/o agli organi giudiziari competenti, in ordine ad eventuali fatti di cattiva amministrazione e/o "corruzione";
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- osservare le misure in materia di anticorruzione e di trasparenza contenute nel PTPC;
- diffondere nella struttura di competenza il Codice di comportamento e controllare che lo stesso venga applicato dal personale;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione, promuovere la formazione sull'argomento dei dipendenti assegnati alle proprie unità operative, nonché diffondere una cultura organizzativa basata sull'integrità, anche realizzando periodicamente incontri finalizzati ad illustrare i contenuti del PTPC ed informando i collaboratori sulle misure di prevenzione ivi declinate, in particolare sul codice di comportamento;
- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi dell'unità operativa.

6.5 L'Organismo indipendente di valutazione (OIV).

L'OIV riveste un ruolo molto importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze, dapprima attribuite dall'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, è stato successivamente modificato ed integrato dal D.L. n. 90/2014 e dal d.P.R. del 9 maggio 2016, n. 105 «*Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche*» e, più recentemente, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74. Specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono stati conferiti agli OIV dal D.Lgs. n. 33/2013 e dalla L. 190/2012.

Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal D.Lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012. La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con

l'ANAC, prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV, chiamati a consolidare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. n. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo, essi offrono un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta, che quest'ultimo è tenuto a trasmettere allo stesso OIV, oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della L. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT le informazioni e i documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012).

L'OIV esprime, inoltre, parere obbligatorio su una specifica misura di prevenzione della corruzione - il codice di comportamento - che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.Lgs. n. 165/2001.

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009) (cfr. Parte III § 4.4. "L'attestazione OIV sulla trasparenza"). Detta attività continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Tale attestazione, di norma, deve essere pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

Nell'anno 2020 il procedimento di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è stato avviato dall'Anac con delibera n. 213 del 4 marzo 2020. I termini ivi fissati per i relativi adempimenti sono stati successivamente prorogati, rispettivamente al 30/06/2020 (data di riferimento dell'attestazione) ed al 31/07/2020 (termine per la pubblicazione dell'attestazione), con comunicato del Presidente Anac del 12 marzo 2020, al fine di tener conto dell'emergenza sanitaria in atto in quel periodo.

Nell'esercizio dei propri poteri di vigilanza e controllo, l'Autorità può chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, L. 190/2012). Ciò in continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del D.Lgs. n. 33/2013, ove è prevista la possibilità per l'ANAC di coinvolgere l'OIV per

acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

L'OIV della ASL 01 era stato nominato con delibera del Direttore Generale n. 39 del 10.01.2019 per la durata di 3 anni a decorrere dal 01/02/2019. Con successiva delibera del Direttore Generale n. 1601 del 12.09.2019 l'Azienda ha adottato apposito Regolamento per disciplinare il funzionamento di tale Organismo.

A seguito delle dimissioni presentate dal presidente e da n. 1 componente dell'O.I.V., con deliberazione del Direttore Generale n. 250 del 07/11/2019, successivamente modificata con deliberazione del Direttore Generale n. 385 del 26/11/2019, è stato indetto avviso pubblico per l'individuazione dei due componenti mancanti, di cui uno con funzioni di presidente. Poiché la procedura selettiva in argomento è tutt'ora in corso, nelle more della ricostituzione dell'OIV, l'Azienda ha ritenuto necessario costituire il Nucleo Aziendale di Valutazione (deliberazione del Direttore Generale n. 933 del 04/06/2020 "*Ricostituzione del Nucleo Aziendale di Valutazione per le verifiche e valutazioni delle attività 2018 e 2019 dei Dipartimenti e delle Unità Operative aziendali*", successivamente modificata ed integrata con deliberazione n. 1329 del 27/07/2020), che ha curato, tra l'altro, anche l'adempimento sopra descritto di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, i cui esiti sono stati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale aziendale, nella sottosezione dedicata "Attestazioni OIV o Struttura analoga".

6.6 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD).

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, da ultimo ricostituito con deliberazione del Direttore Generale n. 1123 del 29.06.2020, vigila sull'applicazione del codice di comportamento, delle disposizioni disciplinari contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro ed applica il Regolamento disciplinare, da ultimo aggiornato con deliberazione del Direttore Generale n. 175 del 04 febbraio 2019.

Le principali caratteristiche e funzioni sono di seguito riportate:

- è un organismo collegiale indipendente ed ha competenza generale in materia di procedimenti disciplinari nei confronti del personale dell'Azienda;
- invia alla Regione, con cadenza annuale, un rapporto informativo sui procedimenti disciplinari relativi alla dirigenza, anche con riferimento ai risultati degli stessi, in termini di sanzioni erogate o di archiviazioni effettuate (art 13 c. 1 CCNL Dirigenza del 06.05.2010);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e contabile;
- propone eventuali aggiornamenti del Codice di comportamento;
- relaziona semestralmente sulla propria attività al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

6.7 Il Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

E' il dirigente incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante (ASL 01). Tale incarico è stato affidato all'Ing. Fabrizio Andreassi, da ultimo confermato con nota prot.n.89238 del 4 maggio 2018.

6.8 Il Responsabile per la transizione digitale

La ASL 01 ha individuato l'Ing. Maurizio Di Stefano con delibera n. 1914 del 17 Ottobre 2018, ai sensi dell'art 17 del D.Lgs n.82/2005 e s.m.i. (Codice Amministrazione Digitale).

Al Responsabile per la Transizione Digitale sono affidati compiti di conduzione del processo di transizione al digitale e di attuazione di processi strategici finalizzati alla realizzazione di un'Amministrazione digitale ed aperta, dotata di servizi agevolmente fruibili e di qualità, attraverso elevati livelli di efficienza ed economicità.

6.9 L'Ufficio formazione

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione dell'Ufficio Formazione e Sviluppo Professionale con il RPCT, al fine di assicurare:

- il collegamento tra la formazione specifica in materia di anticorruzione e il programma annuale della formazione;
- l'individuazione di adeguati criteri per la scelta dei soggetti che erogano formazione;
- la definizione dei contenuti della formazione, in modo che sia rispondente al fabbisogno organizzativo;
- la scelta dei canali e degli strumenti più idonei per l'erogazione della formazione di cui trattasi.

Il Direttore Generale, su proposta dell'Ufficio Formazione e Sviluppo Professionale, ha adottato il Piano Aziendale della Formazione 2020 con deliberazione n. 1173 del 06/07/2020.

Alla data di predisposizione del presente documento è in corso di elaborazione il Piano Aziendale della Formazione 2021.

6.10 L'Internal Audit

La ASL 01, con disposizione del Direttore Generale prot.n. 0115692/18 del 08/06/2018 e, da ultimo, con deliberazione n. 353 del 21 novembre 2019, ha individuato il dirigente incaricato della funzione di Internal Audit.

Con delibera n. 162 del 31 gennaio 2019 l'azienda ha adottato uno specifico Regolamento aziendale per disciplinare le funzioni e le competenze assegnate alla predetta figura, con particolare riferimento alle fasi del Ciclo di Audit ed alle attività di valutazione del rischio.

Con delibera del Direttore Generale n. 160 del 30/01/2020 sono stati adottati:

- il "Documento di programmazione dell'attività di internal audit per l'anno 2020", dove viene illustrata la metodologia di pianificazione e svolgimento delle attività previste dal Piano;
- il "Piano di Audit 2020", redatto in conformità al regolamento aziendale approvato con la sopra citata delibera n. 162 del 31 gennaio 2019 ed in ottemperanza alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. RA/013548/DPF012 del 17/01/2020.

Al fine di creare sinergie proficue tra le competenze riconducibili alle funzioni di Internal Audit e di Anticorruzione e Trasparenza, nell'ambito dei sistemi aziendali di gestione del rischio e di controllo interno, con delibera n. 2088 del 24 novembre 2020 si è provveduto a conferire l'incarico di RPCT, con decorrenza dal 01 gennaio 2021, al dirigente già titolare della funzione di Internal Audit, unificando di fatto la titolarità delle due funzioni.

Le sinergie auspiccate si riferiscono sia alla fase preliminare di valutazione del rischio e di programmazione delle attività, sia alla fase di monitoraggio del PTPCT, volta a verificare l'effettiva attuazione delle misure da parte delle UU.OO. e l'idoneità del sistema complessivo di gestione del rischio, strettamente correlato all'efficacia dei controlli interni, su cui è particolarmente focalizzata l'attività di internal audit.

Il punto di partenza per assicurare la sinergia tra le due funzioni è senza dubbio rappresentato dalla coerenza tra i rispettivi documenti di programmazione, entrambi adottati ad inizio anno sulla base di un'attività preliminare di mappatura dei processi e di valutazione dei rischi: il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza ed il Piano di Audit.

La scelta aziendale di rafforzare le sinergie tra le due funzioni è tra l'altro conforme alle indicazioni operative fornite dall'Anac nel PNA 2019, che prevede espressamente, nel sistema anticorruzione aziendale, la collaborazione tra l'Internal Audit ed il RPCT con particolare riferimento alle attività di monitoraggio e verifica. In particolare, nel corso del 2020 ed in attuazione del Piano di Audit adottato con la citata deliberazione n. 160/2020, i processi sottoposti a verifica sono stati i seguenti, al fine di accertare la loro conformità alle procedure amministrativo-contabili e l'efficacia dei controlli interni:

- processo di ricevimento, accettazione e movimentazione dei beni ad utilizzo pluriennale;

- processo di movimentazione in entrata e in uscita dei beni sanitari;
- processo di gestione Casse CUP - richieste di rimborso;
- processo di gestione delle casse economali;
- processo di liquidazione delle fatture di acquisto di beni e/o servizi e rilascio del nulla osta al pagamento;
- processo di monitoraggio e controllo delle prestazioni fatturate da strutture private accreditate;
- processo di autorizzazione delle ore di straordinario al personale dipendente;
- processo di rendicontazione dei costi sostenuti per l'emergenza sanitaria Covid-19;
- processo di inventariazione ed etichettatura dei beni ad utilizzo pluriennale;
- processo di inventariazione fisica dei magazzini di reparto;
- processo di scarico per consumo dei beni sanitari da parte delle UU.OO.;
- processo di rilevazione dei contributi in c/capitale da Regione e altri soggetti pubblici;
- processo di rilevazione di ammortamenti e sterilizzazioni dei beni ad utilizzo pluriennale, distinti per fonte di finanziamento;
- processo di programmazione degli approvvigionamenti e gestione a sistema del budget;
- processo di rendicontazione delle prestazioni rese agli stranieri temporaneamente presenti;
- processo di regolarizzazione dei provvisori di entrata;
- processo di liquidazione e rilascio del nulla osta al pagamento di prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale;
- processo di fatturazione delle attività relative a sperimentazioni cliniche;
- processo di gestione dei crediti vs/clienti – procedura di circolarizzazione dei crediti;
- processo di iscrizione sul libro cespiti dei beni ad utilizzo pluriennale;
- processo di creazione e gestione dell'anagrafica prodotti;
- processo di gestione dei contratti sul sistema informativo amministrativo-contabile;
- processo di rilevazione degli accantonamenti a fondi rischi;
- processo di riconciliazione e quadratura tra partitario fornitori e contabilità generale.

Alcuni dei processi sopra elencati sono stati sottoposti a più di una verifica nel corso dell'anno. Al termine di ciascun audit sono stati prodotti un verbale delle attività svolte ed un rapporto dei risultati emersi, con indicazione di eventuali azioni correttive. In occasione di ciascun intervento di audit, sono stati effettuati specifici incontri con i responsabili ed i referenti dei processi interessati, al fine di condividere la metodologia impiegata nel corso della verifica, eventuali criticità emerse nel corso delle attività e le azioni correttive da intraprendere.

Le risultanze degli audit svolti sono stati condivisi sia con la Direzione strategica aziendale, sia con la Regione, a cui, con cadenza trimestrale, sono rendicontate tutte le attività svolte dall'Internal Audit.

Per quanto riguarda le attività programmate per il 2021, con delibera del Direttore Generale n. 177 del 28/01/2021 è stato adottato il Piano di Audit 2021, recante sia il Documento di programmazione dell'attività di internal audit per l'anno 2021, comprensivo delle risultanze dell'attività di *risk assessment*, sia il programma degli audit da svolgere nel corso dell'esercizio, sulla base delle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. RA/0023494/DPF012 del 25/01/2021. In particolare, tenuto conto di quanto sopra evidenziato, nell'ambito dell'analisi del contesto, in relazione all'impatto della situazione emergenziale sul sistema di gestione del rischio corruttivo, all'interno del programma delle verifiche da svolgere è stato dedicato un focus specifico al processo di rendicontazione delle spese sostenute per il fronteggiamento dell'emergenza sanitaria, anche in relazione all'utilizzo delle varie linee di finanziamento (europee, nazionali e regionali). In particolare, i principali processi coinvolti nella spesa per il fronteggiamento dell'emergenza sanitaria, che saranno sottoposti a verifica sono: approvvigionamento di beni e servizi sanitari e non, approvvigionamento di beni durevoli, assunzione e gestione del personale, raccolta elaborazione e rappresentazione di dati e informazioni.

Oltre ai processi sopra elencati, per l'anno 2021 sono state programmate verifiche da parte dell'Internal Audit con riferimento ad ulteriori ambiti di operatività aziendale, riconducibili ad aree di rischio generiche e specifiche dell'azienda. Di esse si è data evidenza nell'Allegato 2 al presente Piano.

6.11 Il Responsabile della protezione dei dati (DPO)

A seguito dell'applicazione, dal 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali, è necessario chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario, rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati: cd. "minimizzazione dei dati".

Infatti, anche il D.Lgs. n. 33/2013, all'art. 7 bis, co. 4, dispone che *"Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione"*.

Riguardo ai rapporti tra RPCT e RPD, l'Autorità ritiene che, per quanto possibile, le figure non debbano coincidere, ritenendo che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello

svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.

Pertanto, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento e supporto anche per il RPCT nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici.

L'Ufficio privacy è stato istituito presso la ASL Avezzano Sulmona L'Aquila con deliberazione n. 831 del 26 Aprile 2018. Esso è collocato in staff alla Direzione Strategica, con compiti operativi che riguardano principalmente l'implementazione, il coordinamento ed il controllo delle attività previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679 UE e dal D.Lgs. n. 196 /2013, così come modificato ed integrato con D.lgs n. 101 del 10 agosto 2018. L'Ufficio Privacy è coordinato dalla dott.ssa Emanuela Modestini.

Il servizio di DPO/RPD "Responsabile della Protezione dei dati personali" è stato affidato, con deliberazione n. 1266 del 17 luglio 2019 alla società NBCONSULTING Srl, il cui referente per la ASL 01 è l'Ing. Nicola Barberini.

Con deliberazione n. 253 del 08 novembre 2019, la Asl 01 ha adottato il Regolamento Aziendale per la gestione della Protezione dati, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

6.12 I Responsabili della pubblicazione "trasparenza"

Il Responsabile della pubblicazione ex D.lgs n.33/2013 e s.m.i. (cfr. anche par. 8) è il Direttore/Responsabile della U.O. a cui competono la trasmissione e/o la pubblicazione dei dati, documenti e/o delle informazioni sul portale "Amministrazione Trasparente", analiticamente descritti nell'Allegato 3 al presente PTPCT. Il Responsabile può farsi coadiuvare nelle attività meramente operative dal personale della U.O. specificatamente individuato. Restano, comunque, fermi in capo al Responsabile i predetti obblighi di pubblicazione e le conseguenti responsabilità in caso di mancato adempimento.

6.13 I dipendenti ASL 1

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Ente, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ciascuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono estrema importanza.

Ciascun dipendente deve:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalare le situazioni di condotta illecita e/o di "cattiva amministrazione" di cui sia venuto a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al R.P.C.T. e/o direttamente alle autorità competenti;
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- segnalare tempestivamente al Direttore Generale, eventualmente anche per il tramite del dirigente/superiore gerarchico, l'apertura di eventuali procedimenti penali e/o procedimenti contabili a proprio carico per reati contro la pubblica amministrazione;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

6.14 I collaboratori a qualsiasi titolo

I collaboratori osservano le misure e le prescrizioni contenute nel PTPCT, in quanto la loro posizione in tema di anticorruzione è equiparata a quella del dipendente, così come previsto dal Codice di Comportamento e dal protocollo operativo per la segnalazione degli illeciti.

6.15 L'Ufficio di supporto al RPCT

La ASL 01, in linea con le direttive ANAC di cui alla determinazione n. 12/2015 ribadite nel PNA 2019, ha previsto un Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza a supporto del RPCT. L'Ufficio, allo stato, è costituito da due dipendenti che dedicano soltanto parte del loro orario di lavoro a tale attività:

- Dott. Cesare Marco Maria Di Girolamo, Collaboratore Amministrativo senior, assegnato all'Ufficio della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nella misura del 50% del monte orario;
- Dott. Giovanni Tranquilli, Assistente Amministrativo, assegnato all'Ufficio della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nella misura del 30% del monte orario.

L'Ufficio è dotato di indirizzo di posta elettronica dedicato: anticorruzione@pec.asl1abruzzo.it.

Inoltre, con delibera del Direttore Generale n. 2088 del 24 novembre 2020 è stata prevista la figura del "sostituto RPCT", al fine di assicurare continuità nello svolgimento delle attività volte alla prevenzione della corruzione ed all'attuazione della trasparenza, sia in caso di impedimento del RPCT in carica, sia nelle ipotesi nelle quali si configuri un obbligo di astensione da parte di quest'ultimo.

A far data dall'01 gennaio 2021, il sostituto RPCT della ASL01 è il Dott. Pierpaolo Falchi.

7. MISURE DI PREVENZIONE ADOTTATE DALL'AZIENDA

7.1 Rotazione ordinaria del personale

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione previste dalla L.190/2012, assume rilievo l'applicazione della misura della rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

Nel PNA 2019, l'ANAC ribadisce che la rotazione "ordinaria" del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

In generale, la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

L'Autorità precisa che l'orientamento è quello di rimettere l'applicazione della misura in parola all'autonoma programmazione delle amministrazioni, in modo che ciascuna possa adattarla alla concreta situazione e precisa che, ove non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale o per professionalità con elevato contenuto tecnico), le amministrazioni sono tenute ad operare scelte organizzative o ad adottare altre misure di natura preventiva con effetti analoghi.

E' opportuno richiamare, inoltre, quanto osservato dall'ANAC nel Piano 2016, proprio con riferimento alla Sanità. Infatti, viene evidenziato che la rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità e che lo strumento della rotazione non deve essere visto come una misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. In particolare, il "settore clinico" è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e di *expertise* consolidate che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Si aggiunga che, nei casi di conferimento di incarico a seguito di concorso/avviso pubblico, si tratta di figure infungibili (vedi Direttori di Struttura complessa sanitaria e similari) ed il mancato rinnovo dell'incarico può essere, generalmente, la conseguenza solo di giudizio professionale negativo, in conformità alle procedure previste.

Per gli incarichi dei Dirigenti dell'Area Tecnica, Professionale ed Amministrativa è richiesta, generalmente, una competenza tecnica specifica. In particolare, si rileva che, allo stato, nella realtà aziendale è oggettiva la carenza delle richiamate figure e le professionalità presenti sono difficilmente intercambiabili, se non con il

rischio di una paralisi dell'apparato tecnico - amministrativo. E' necessario, pertanto, tener conto concretamente dei profili giuridico-amministrativi e tecnici richiesti dai singoli settori di assegnazione e del numero dei dirigenti effettivamente in servizio.

Ciò premesso, in linea con le richiamate indicazioni dell'Autorità, si ritiene opportuno -al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella di mantenimento dei livelli di competenza in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria- l'identificazione in via preventiva di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili ed una ricognizione della geografia organizzativa dell'Ente, con specifico riferimento alle aree da sottoporre a rotazione ed alle diverse tipologie di personale che ha effettiva responsabilità nei processi: area clinica, tecnico amministrativa e altre professioni sanitarie.

Pertanto, al fine di consentire l'effettiva applicazione a regime della rotazione ordinaria -garantendo il principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale- la ASL intende avviare un percorso virtuoso volto a rendere la rotazione un obiettivo effettivo, verificabile e documentabile. La rotazione, appunto, deve essere intesa come misura applicabile con gradualità attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati in questa direzione e collegati a sistemi di gestione quali la valutazione della performance e l'analisi delle risorse umane a disposizione, unitamente ad una conseguente pianificazione formativa finalizzata a sostenere la rotazione e l'interscambiabilità.

Prioritaria, pertanto, è l'individuazione di un Regolamento per individuare i criteri e le fasi in cui la rotazione, a regime, potrà essere realizzata unitamente alla programmazione di attività di formazione e, successivamente, puntuali misure di monitoraggio e verifica.

Attualmente, l'attività di predisposizione del regolamento è ancora in corso, ma risulta uno degli obiettivi dell'anno corrente. E' doveroso dare evidenza del fatto che reiteratamente e formalmente al RCPT, sia in sede di monitoraggio sull'attuazione del Piano, sia in occasione degli incontri tenutisi con i responsabili delle varie UU.OO., è stata motivatamente rappresentata l'estrema criticità di applicare generalmente la misura della rotazione ordinaria in ambito aziendale, soprattutto per le note e generali carenze di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che rendono effettivamente molto ardua la programmazione della misura nelle rispettive strutture aziendali. Alla carenza di personale, si aggiunge un'altra caratteristica strutturale dell'azienda che rende difficoltosa l'applicazione della misura della rotazione ordinaria, già descritta in occasione dell'analisi del contesto interno, che consiste nella dislocazione dell'azienda su un territorio molto vasto. Si rammenta, infatti, che la Asl 01 è stata interessata, negli anni, da due processi di fusione, dapprima tra le Asl di Avezzano e Sulmona, e successivamente tra la Asl Avezzano-Sulmona e la Asl L'Aquila, e che molte unità di personale, anche facenti capo alla stessa U.O., risultano collocate presso le varie sedi. Per questo motivo, soprattutto per le attività che presuppongono il contatto con l'esterno (pazienti, ditte, ecc.),

l'applicazione sistematica del criterio della rotazione comporterebbe il sostenimento di costi considerevoli per l'azienda, sia in termini economici che in termini di efficienza lavorativa, in quanto presupporrebbe lo spostamento di personale da un'area territoriale all'altra, spesso distanti tra loro.

Nel corso del 2020, alle difficoltà strutturali appena descritte si è aggiunta la situazione di emergenza sanitaria Covid-19, che ha visto l'intera organizzazione, dalle UU.OO. direttamente coinvolte nei processi sanitari alle UU.OO. che gestiscono processi amministrativi di supporto, impegnata nel fronteggiamento dell'emergenza e nell'espletamento di tutti gli adempimenti, aggiuntivi rispetto a quelli ordinari, che sono stati richiesti sia a livello nazionale che regionale (si pensi, a mero titolo esemplificativo, ai numerosi e complessi protocolli da redigere ed applicare all'interno delle strutture sanitarie, alle periodiche rendicontazioni da parte delle varie UU.OO. relativamente ai costi legati all'emergenza, alla necessità di partecipare a numerosi tavoli di lavoro sul tema dell'emergenza, alla regolamentazione in continuo aggiornamento sullo smart working...)

La necessità di porre in essere adempimenti urgenti, il necessario ricorso allo smart working per dare attuazione alle disposizioni normative emanate dal Governo per contenere i contagi, le misure di distanziamento sociale, hanno di fatto ostacolato quelle attività di formazione ed affiancamento che sono propedeutiche alla rotazione del personale all'interno degli uffici. Inoltre, l'incremento degli adempimenti connessi all'emergenza, unitamente alla loro complessità ed urgenza, hanno reso indispensabile per l'organizzazione fare leva su conoscenze e competenze consolidate.

Ad ogni modo, in attesa di adottare la predetta specifica regolamentazione aziendale, per individuare e sottoporre a rotazione periodica i profili e le categorie esposte a più elevato rischio di corruzione, la ASL recepisce dinamicamente le indicazioni dell'ANAC.

Con specifico riferimento alla realtà aziendale ed all'effettiva applicazione della misura si rileva, comunque, che nel Dipartimento Amministrativo, nel 2017, si è dato corso alla rotazione degli incarichi apicali interessando le Unità Operative: UOC Personale; UOC Affari Generali e legali; UOC Acquisizione beni e Servizi.

Nel corso del 2020, inoltre, a seguito della mobilità presso altra amministrazione del precedente Direttore dell'UOC Personale, si è provveduto al conferimento dell'incarico ad altro dirigente amministrativo.

Ciò premesso, con riferimento al presente Piano, non appare realizzabile un'ulteriore rotazione degli incarichi, tenuto conto del termine quinquennale di durata dei medesimi previsto dal CCNL.

Con riferimento al Dipartimento Tecnico si rileva, altresì, che nel corso dell'anno 2019 è stato conferito l'incarico nella UOC Lavori pubblici ed investimenti. Allo stato, pertanto, sia in considerazione della carenza di personale, sia in considerazione delle indicazioni ANAC (Cfr. PNA 2016 con specifico riferimento ai settori Ingegneria clinica ed Informatica), non appare opportuno programmare ulteriori rotazioni anche al fine di assicurare il corretto funzionamento dei medesimi uffici di supporto a strutture sanitarie, tenute a garantire la continuità assistenziale ed i livelli essenziali di assistenza.

Di seguito si indicano alcune misure che, in linea con le disposizioni ANAC, sono previste nel PTCPT (come in dettaglio descritte in allegato):

- adozione di uno specifico Regolamento che definisca i criteri per l'applicazione della misura della rotazione ordinaria, tenuto conto dei fattori organizzativi/contrattuali e del numero dei dipendenti presenti in azienda;
- rotazione del personale afferente alle seguenti funzioni aziendali: N.O.C., funzioni ispettive del Dipartimento Prevenzione; componenti commissioni di concorso e di gara; responsabili di procedimento nelle aree a rischio;
- monitoraggio delle misure di rotazione previste nel PTCPT;
- previsione nel Piano della Formazione di corsi utili per sviluppare professionalità in maniera trasversale all'interno dell'amministrazione per lo svolgimento delle attività proprie degli uffici o servizi a rischio di corruzione;
- aggiornamento/redazione del Regolamento contenente i criteri per il conferimento/revoca degli incarichi dirigenziali con la previsione anche del criterio di rotazione;
- applicazione del manuale delle procedure amministrativo-contabili, adottato con delibera n. 1829 del 20 ottobre 2020 nell'ambito del Programma Attuativo della Certificabilità (P.A.C.), con particolare riguardo al principio della separazione dei compiti ed al sistema dei controlli interni.

La ASL, pertanto, a partire dall'aggiornamento del presente PTCPT intende porre in essere azioni specifiche volte a dare effettiva applicazione alla misura della rotazione ordinaria, secondo le indicazioni Anac, assicurando, al contempo, il funzionamento delle strutture e delle unità operative che, ricordiamo, hanno la fondamentale mission di erogare servizi sanitari e L.E.A. al cittadino e non possono subire, pertanto, interruzioni e ritardi.

7.2 Rotazione straordinaria del personale

All'interno del Piano 2016, l'Anac è tornata sul tema della rotazione straordinaria del personale ed ha, tra l'altro, dato conto della distinzione tra la rotazione "ordinaria" prevista dalla L.190/2012 e quella "straordinaria" di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs.165/2001, che si attiva successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'istituto generale della rotazione, disciplinato nella legge 190/2012 (c.d. rotazione ordinaria), va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, 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 ultima misura solo nominalmente può associarsi alla rotazione ordinaria.

La ASL ha previsto l'applicazione della rotazione "straordinaria" (come previsto in allegato) ai dipendenti coinvolti in procedimenti penali riferiti a condotte di natura corruttiva, conformemente alle prescrizioni di legge ed in particolare a quanto disposto dal citato art.16, co. 1, lett. I -quater del D.Lgs. 165/2001.

Nel PTPCT, infatti, è previsto l'obbligo del dipendente di comunicare tempestivamente alla ASL il formale avvio di procedimento penale per fatti corruttivi a carico del medesimo dipendente, a cui segue l'avvio del procedimento disciplinare e la valutazione dell'applicazione della misura della rotazione straordinaria.

In proposito, è stata adottata una specifica Circolare, giusta nota prot. n. 0137572/19 del 04.07.2019, in attuazione della Delibera ANAC n. 251 del 26.03.2019, a cui si fa espresso rinvio.

7.3 Gestione dei conflitti di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione di eventuali conflitti di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico, a cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario, direttamente o indirettamente. Si tratta, dunque, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il conflitto di interessi è uno dei principali fattori di rischio che possono favorire l'insorgere di comportamenti corruttivi, così come evidenziato da tutta la letteratura sul tema, oltre che dal codice di comportamento.

Il personale della ASL 01 è tenuto, nei rapporti con utenti e interlocutori esterni, a garantire gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale, anche di natura non patrimoniale. In caso di conflitto interessi, il dipendente deve astenersi dalla partecipazione a quell'attività, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Come espressamente previsto dal Codice di Comportamento, il personale, generalmente inteso, deve comunicare la sussistenza del conflitto di interessi, per iscritto e in tempo utile per la regolare trattazione della pratica, al Responsabile della struttura organizzativa aziendale di competenza, specificando le ragioni dell'astensione. Il Responsabile valuta se la situazione configuri effettivamente un conflitto di interesse reale, in grado di ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo e decide in merito, in tempi utili per garantire la continuità dell'attività del servizio.

Nel corso del 2020, con nota prot. n. 0229764/20 del 14/10/2020, i Responsabili di Unità Operativa sono stati invitati ad acquisire dal dipendente (del comparto e della dirigenza), nonché da tutti coloro che operano a

vario titolo nella medesima Unità Operativa, una dichiarazione sull'assenza di rapporti di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso dipendente o anche suoi parenti o affini entro il secondo grado, abbia o abbiano avuto negli ultimi tre anni. Al fine di facilitare la raccolta delle dichiarazioni, si è reso disponibile un apposito modulo da trasmettere all'Ufficio del RPCT a mezzo e-mail.

Le richiamate dichiarazioni, precedentemente rese nel 2018, devono essere aggiornate ogni due anni.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter determinare l'illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, per eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

7.4 Codice di comportamento

All'interno del PNA 2019, l'Anac precisa che i Codici di Comportamento fissano doveri di comportamento che hanno una rilevanza giuridica che prescinde dalla personale adesione, di tipo morale, del funzionario, ovvero dalla sua personale convinzione sulla bontà del dovere medesimo. Essi devono essere rispettati in quanto posti dall'ordinamento giuridico e, a prescindere dalla denominazione attribuita da ogni singola amministrazione al proprio codice, ad essi si applica il regime degli effetti e delle responsabilità conseguenti alla violazione delle regole comportamentali, previsto dall'art. 54, co. 3 del d.lgs. 165/2001.

Il Codice di Comportamento Aziendale dei dipendenti della ASL 1 è stato, da ultimo, approvato con delibera n. 1165 del 10 Luglio 2017. Si è ritenuto opportuno procedere all'adeguamento del Codice in parola alle innovazioni introdotte a livello nazionale, provvedendo altresì ad introdurre regole comportamentali specifiche, determinate dall'esperienza maturata e dalle esigenze emerse nell'espletamento delle attività. Il Codice di comportamento aziendale è stato adottato a seguito di una procedura aperta di partecipazione degli stakeholder interni ed esterni all'Azienda e previa acquisizione del parere del NAV (Nucleo Aziendale di Valutazione). Gli obblighi di condotta ivi previsti si estendono, per quanto compatibili, ai componenti della Direzione Strategica, ai titolari di incarichi degli organi istituzionalmente previsti, a tutti i libero professionisti, collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché ai collaboratori, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzino opere in favore dell'Azienda. Il Codice si applica anche nei confronti del Personale Universitario Convenzionato, dei Medici Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale, del personale assunto con contratto di somministrazione, dei Borsisti, degli Stagisti, dei Tirocinanti (art 2 Co. 2 del Codice di Comportamento). Nei relativi atti/contratti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze e dei servizi, nonché nei disciplinari e nei capitolati di

appalto è inserita apposita dichiarazione di assunzione di responsabilità (art 2, comma 3, del Codice di Comportamento).

A tal proposito, si evidenzia che il RPCT, da ultimo con nota prot. n. 229764/20 del 14/10/2020, ha invitato i Direttori di Dipartimento ed i Responsabili delle Unità Operative ad assicurare la massima diffusione e conoscenza del predetto Codice di Comportamento all'interno di ciascuna Struttura e di segnalare eventuali violazioni dello stesso.

Si rileva, altresì, che nel PTPCT è previsto espressamente, in capo ai Dirigenti Responsabili di Unità Operativa, l'adempimento di procedere periodicamente ad attività informative, anche mediante specifiche riunioni, per illustrare i contenuti del Codice di Comportamento e del PTPCT.

Si segnala, tra l'altro, che il predetto codice di comportamento prevede all'art. 13, comma 7, che il Dirigente Responsabile di UO *"... monitora e garantisce il puntuale assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità, nonché delle prescrizioni in materia di prevenzione della corruzione provvedendo, altresì, alla tempestiva segnalazione di violazioni/inadempienze al Responsabile della Prevenzione della Corruzione"*.

Infine, proprio in considerazione del ruolo preminente assunto dal Codice di comportamento e dal Codice disciplinare nell'ambito del complessivo sistema aziendale di gestione del rischio, con nota prot. n. 15402 del 22/01/2021, il RPCT ha chiesto alla Direzione strategica ed al Servizio Formazione e Sviluppo Professionale di inserire, all'interno del Piano Aziendale della Formazione 2021, due eventi formativi specifici sull'argomento:

- corso di formazione su etica, codice di comportamento e codice disciplinare (con focus specifico sull'istruttoria di un procedimento disciplinare, anche attraverso la discussione di casi concreti), da realizzare in house, utilizzando professionalità interne, rivolto al personale dirigente;
- corso di formazione su etica, codice di comportamento e codice disciplinare, anche attraverso la discussione di casi concreti, da realizzare in house, utilizzando professionalità interne, rivolto al personale del comparto.

7.5 Inconferibilità e incompatibilità incarichi

La disciplina in materia è dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 e concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001, ivi comprese le autorità amministrative indipendenti, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico, regolati e finanziati dalle pubbliche amministrazioni.

L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto.

Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

Sul punto, giova sottolineare che l'ANAC, con la delibera n. 149/2014 concernente: *“Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”*, ha stabilito che: *“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.”* (cfr. anche PNA 2015 par. 2.1.2).

Conseguentemente, sono applicate le misure di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese, ai sensi del richiamato art. 20 del D.lgs n. 39/2013 e s.m.i., con riferimento ai predetti incarichi.

Ciò premesso, la ASL 1 provvede agli adempimenti di cui sopra, in ordine all'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità previste dalla legge, limitatamente agli incarichi dalla stessa conferiti, ovvero quelli di Direttore Amministrativo Aziendale e di Direttore Sanitario Aziendale, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale.

7.6 La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

Il PNA 2019 evidenzia che la normativa in materia di prevenzione della corruzione ha previsto divieti a svolgere determinate attività avendo riguardo a condizioni soggettive degli interessati, attraverso misure che anticipano la tutela al momento di individuazione degli organi deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

L'art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001 prevede ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la sua qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Pertanto, nei confronti di tali dipendenti è previsto il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di

qualunque genere.

Il PNA 2019 ribadisce che l'eventuale nomina, in contrasto con il citato art. 35-bis, determina l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT, non appena ne sia venuto a conoscenza, provvede tempestivamente ad informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta, ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

L'art. 3 del d.lgs. 39/2013, "*Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione*", dispone, a sua volta, il divieto di ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati, ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata dell'inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici ed alla tipologia del reato.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sopra riportati, la ASL 1, come indicato in Allegato 1, procede alla verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze dell'illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento di incarichi gestionali.

7.7 Protocollo Operativo di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

In ordine alla disciplina di cui all'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla legge n. 179 del 30 novembre 2017, «*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*», ed alle linee guida ANAC emanate con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, la ASL 1 si è inizialmente dotata di uno specifico protocollo aziendale a tutela del segnalante, cd. *whistleblower*, da ultimo aggiornato con delibera n. 354 dell'11 marzo 2016.

Con la predetta procedura sono state individuate espressamente le modalità previste per la segnalazione, da parte dei dipendenti, di fatti e comportamenti illeciti o comunque contrari alle norme del Codice di Comportamento. A tal fine, è stata istituita un'apposita casella di posta elettronica segnalazioneilleciti@asl1abruzzo.it ed adottato uno specifico protocollo operativo.

Negli ultimi mesi del 2020, al fine di garantire la massima tutela al dipendente che effettua segnalazioni di

illeciti e di assicurare la gestione delle stesse nel rispetto della normativa di riferimento, la Asl 1 ha implementato il software specifico *Whistleblowing*, che consente l'acquisizione e la gestione informatica delle segnalazioni.

L'applicativo in parola garantisce la tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante, attraverso la configurazione di due tipologie di utenza:

- l'Amministratore delle segnalazioni: utenza per la gestione delle segnalazioni ricevute tramite la piattaforma;
- il Custode delle identità: utenza per la gestione delle richieste di accesso ai dati anagrafici dei segnalanti, a cui è preclusa la possibilità di visualizzare le informazioni relative alla segnalazione o agli stessi dati anagrafici. Il suo ruolo è quello di verificare che la motivazione per la quale gli amministratori richiedono la visualizzazione dei dati anagrafici delle segnalazioni sia conforme a quanto previsto dalla normativa.

Con nota prot. n. 0288675 del 23/12/2020 si è provveduto ad informare tutte le strutture aziendali, con obbligo di diffusione a tutti i dipendenti, dell'avvenuta attivazione della piattaforma *Whistleblowing*, comunicando altresì l'avvenuta pubblicazione sul sito istituzionale aziendale, in apposita sezione dedicata, del Manuale Operativo per l'invio delle segnalazioni.

Atteso che, ai sensi dell'art. 54 bis del D. Lgs. n. 165/2001, la disciplina prevista per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti *"si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica"*, con la stessa nota è stato richiesto alle UU.OO. del Dipartimento Tecnico ed all'U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi di inserire nei capitolati e nei contratti un'apposita clausola che imponga la diffusione, presso i dipendenti ed i collaboratori dell'impresa affidataria, di ogni indicazione utile all'uso dell'applicativo aziendale *Whistleblowing*.

Per quanto riguarda il ruolo del RPCT nella gestione delle segnalazioni, è previsto che il RPCT riceva e prenda in carico le segnalazioni, ponga in essere gli atti necessari ad una prima *"attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute"*, in conformità al comma 6 del richiamato art. 54-bis. L'onere di istruttoria, che la legge assegna al RPCT, si sostanzia nel compiere una prima imparziale deliberazione sulla sussistenza (c.d. *fumus*) di quanto rappresentato nella segnalazione, che deve necessariamente essere adeguatamente circostanziata. Resta fermo, in linea con le indicazioni già fornite nella delibera n. 840/2018, che non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali.

Le segnalazioni effettuate in forma anonima non sono trattate quali *"segnalazioni di condotte illecite"* ai sensi dell'art. 54 bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Come precisato nelle Linee Guida Anac (determinazione n. 6/2015), resta comunque fermo che l'Azienda prende in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste siano adeguatamente circostanziate e

rese con dovizia di particolari, ove cioè siano in grado di far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati. L'invio di segnalazioni anonime e il loro trattamento avviene, comunque, attraverso canali distinti e differenti e non rientrano, per espressa volontà del legislatore, direttamente nel campo di applicazione dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001. La tutela prevista da detto articolo, infatti, non può che riguardare il dipendente pubblico che si identifica (diversamente, la tutela non può essere assicurata) e, comunque, secondo il tenore letterale della norma, la protezione accordata riguarda ritorsioni che possono avere luogo nell'ambito del rapporto di lavoro e non anche quelle di altro tipo.

La piattaforma whistleblowing in uso presso l'Azienda prevede la possibilità, per le segnalazioni inserite in forma anonima in prima istanza, di essere successivamente integrate con le generalità del segnalante, al fine di beneficiare della tutela prevista dalla normativa.

La segnalazione, per poter essere gestita all'interno della piattaforma, deve necessariamente essere circostanziata e contenere gli elementi previsti come obbligatori dalla apposita schermata di inserimento della segnalazione, al fine di consentire al RPCT l'esame dei fatti.

Il RPCT, in caso di evidente e manifesta infondatezza, può decidere di archiviare la segnalazione.

In caso contrario, il RPCT trasmette la segnalazione ai soggetti competenti di seguito indicati:

- a) Dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto: per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- b) Ufficio per i Procedimenti Disciplinari: per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- c) Autorità Giudiziaria, Corte dei Conti, ANAC: per i profili di rispettiva competenza;
- d) Dipartimento della Funzione Pubblica: per i profili di rispettiva competenza.

Nel caso in cui l'amministratore della segnalazione abbia la necessità di consultare l'identità del segnalante, dovrà inoltrare una richiesta motivata al custode delle identità, che, valutate le ragioni addotte dall'amministratore, potrà autorizzare o negare la richiesta.

I soggetti interni all'amministrazione informano il RPCT dell'adozione di eventuali provvedimenti.

Il RPCT, nella fase di valutazione delle descritte segnalazioni di illeciti, può decidere di farsi coadiuvare e di assumere le determinazioni finali anche avvalendosi di un "gruppo di lavoro", composto da altri due Dirigenti della ASL 01, in conformità alle linee guida ANAC n. 6 del 28.04.2015.

Le segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti che si riferiscono a comportamenti del RPCT possono essere indirizzate direttamente ad ANAC. In questi casi è necessario compilare l'apposito modulo pubblicato sul sito dell'Autorità, al quale si rinvia per maggiori informazioni.

L'art 54-bis del D.Lgs n. 165/2001 smi impone, all'amministrazione che tratta la segnalazione, di assicurare e garantire, attraverso apposita procedura, la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona, dalla ricezione della segnalazione ad ogni fase successiva.

L'interessato, qualora l'Azienda adottasse misure discriminatorie nei suoi confronti, può segnalare, personalmente o tramite le organizzazioni sindacali, cui conferisce mandato, il fatto all'Anac, che a sua volta informerà il Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza.

La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti L. 241/90 e ss.mm.ii..

Ai sensi dell'art. 54 bis, comma 2, la Asl è tenuta a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

In particolare, nell'ambito del procedimento penale l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del codice di procedura penale.

Nell'ambito dei procedimenti dinanzi alla Corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, se la contestazione è fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se ad essa conseguenti, l'identità del segnalante non può essere rivelata.

Qualora invece la contestazione sia fondata, totalmente o parzialmente, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. Spetta all'Ufficio per i procedimenti disciplinari valutare, su richiesta dell'interessato, se ricorra la condizione di assoluta indispensabilità della conoscenza del nominativo del segnalante ai fini della difesa, motivando adeguatamente la sua decisione, sia in caso positivo che negativo.

Il segnalante, nell'ipotesi di segnalazioni calunniose o diffamatorie, risponde ai sensi del codice penale e dell'art. 2043 del codice civile, nonché in sede disciplinare, per eventuali forme di abuso, quali ad esempio le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione del presente istituto.

Il PNA 2019 ha anticipato che l'ANAC con riferimento alle segnalazioni di whistleblowing avrebbe fornito ulteriori indicazioni in apposite Linee guida. Sulla base delle predette nuove linee guida Anac, si provvederà all'aggiornamento della specifica regolamentazione aziendale sull'argomento.

7.8 Certificabilità del bilancio. Procedure PAC

La ASL 01 si è attivata, in materia di certificabilità dei Bilanci del SSR, attraverso un percorso che intende garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

Infatti, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012, gli enti del Servizio sanitario nazionale devono garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

In tale contesto, le singole Regioni hanno avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale.

In merito agli obiettivi regionali di *“rimodulare il PAC in funzione del nuovo assetto istituzionale”* e di *“introdurre la certificazione obbligatoria dei bilanci della sanità”*, si evidenzia che questa Asl, rispetto ai tre orizzonti temporali previsti nella Relazione di accompagnamento al PAC di cui all'allegato del decreto del Commissario Ad Acta n. 09/2015 dell'11 febbraio 2015, ha adottato tutte le procedure amministrativo-contabili entro dicembre 2014 (prima scadenza prevista dal precedente DCA n. 35 del 21 marzo 2014), così come proposte dalla Regione, modulandole sulla base delle specificità aziendali, al fine di renderle concretamente applicabili e funzionali al raggiungimento dell'obiettivo della certificabilità. Successivamente, la Regione Abruzzo, con determinazione n. DG22/29 del 29 giugno 2015 ha approvato un set di procedure amministrativo-contabili standard, chiedendo alle aziende di prenderle come riferimento nell'attività di revisione delle procedure precedentemente adottate.

Pertanto, la Asl, conformemente alle prescrizioni regionali ed al fine di adottare un modello comune alle quattro Asl regionali, ha riadottato le proprie procedure amministrativo-contabili con deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 4 marzo 2016, con riferimento a tutte le Aree del PAC: area Immobilizzazioni; area Rimanenze; area Crediti e Ricavi; area Disponibilità Liquide; area Patrimonio Netto; area Debiti e Costi.

Successivamente, in attuazione dell'art. 79 comma 1 sexies lett. c, del DL 112/2008 e della Legge 23/12/2009 n.191, la Regione Abruzzo e la società KPMG Advisory S.p.A., mandataria del RTI in unione con PricewaterhouseCoopers Advisory S.p.A. e con l'Università Commerciale Luigi Bocconi, hanno sottoscritto in data 07/12/2017 il contratto per servizi di consulenza direzionale ed operativa, il cui scopo è il raggiungimento della certificabilità dei bilanci e l'implementazione di un modello di monitoraggio del SSR, da perseguire anche attraverso l'adeguamento della strumentazione contabile al D. Lgs 118/2011, la definizione di un sistema di controlli sui sistemi informativi e di una metodologia regionale uniforme di controllo di gestione aziendale. Al termine della prima fase di esecuzione del predetto contratto di consulenza, con la quale si è proceduto ad un puntuale assesment per valutare l'avanzamento del PAC, è emersa una buona implementazione delle procedure contabili, sebbene in maniera non completa e non omogenea tra le singole ASL, evidenziando per ogni Azienda le specifiche criticità per ciascuna Area del PAC.

Nel frattempo la Asl 01, sempre nell'ambito dell'obiettivo della certificabilità dei bilanci, ha adottato i seguenti atti:

- deliberazione n. 479 del 08/04/2016, avente ad oggetto *“Agenti contabili e della resa del conto giudiziale. Approvazione regolamento”*;

- deliberazione n. 499 del 28/03/2017, avente ad oggetto “Adozione del Regolamento disciplinante l’attività di riscossione delle casse della ASL 1 Avezzano – Sulmona – L’Aquila”;
- nota prot. n. 0214273/17 del 22/11/2017, avente ad oggetto “Cessioni di credito vantati da privati nei confronti della Asl1 Avezzano Sulmona L’Aquila - direttive operative”.

In seguito, con Delibera di Giunta Regionale n. 124 del 2 marzo 2018 avente ad oggetto “Aggiornamento Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) – D.M. 1 marzo 2013. Rimodulazione del Decreto Commissariale n. 09/2015 del 11/02/2015” è stato adottato il nuovo Piano Attuativo di Certificabilità relativo al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) delle Aziende Sanitarie regionali, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato Regionale e la nuova Relazione di accompagnamento al PAC di cui all’allegato B) del Decreto Ministeriale 1 marzo 2013, individuando come data di riferimento per il completamento del PAC il 31 luglio 2019. Pertanto, al fine di rispettare le scadenze rimodulate dalla DGR n. 124 del 2 marzo 2018, la Asl 01, con deliberazione del Direttore Generale n. 990 del 18/05/2018, ha elaborato un “Piano degli Interventi”, strutturato in modo da prevedere, per ogni azione del PAC, uno o più interventi concreti, con indicazione della/e UU.OO. responsabili della relativa attuazione, e della scadenza intermedia prevista per la loro realizzazione.

In particolare, il deliberato “Piano degli Interventi” contiene:

- le aree del PAC su cui intervenire,
- la descrizione delle azioni e degli interventi da implementare per raggiungere gli obiettivi,
- le scadenze entro cui conseguire i risultati,
- gli attori individuati quali coordinatori e responsabili della realizzazione degli interventi e per i quali i medesimi costituiscono specifici obiettivi individuali.

Successivamente la Regione Abruzzo, sulla base anche delle risultanze emerse dalle diverse Relazioni sullo stato di avanzamento del PAC, che hanno evidenziato il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi, ha ritenuto opportuno riprogrammare nuovamente il PAC regionale, rimodulando le scadenze delle azioni non ancora completamente realizzate con delibera di Giunta Regionale n. 242 del 07/05/2020.

Tra le azioni rimodulate dal PAC regionale, da portare a conclusione entro il 31/12/2020, vi è quella di ulteriore revisione del manuale aziendale delle procedure amministrativo-contabili.

Conseguentemente, con delibera del Direttore Generale n. 989 del 12/06/2020, la ASL 01 ha rimodulato il nuovo Piano degli interventi, riprogrammando le scadenze degli interventi non ancora conclusi sulla base delle nuove scadenze stabilite dal cronoprogramma PAC regionale.

Con delibera del Direttore Generale n. 1829 del 20/10/2020, l’Azienda ha provveduto alla revisione delle procedure amministrativo-contabili per le varie aree del PAC, che coinvolgono trasversalmente le varie strutture organizzative aziendali. Le predette procedure, nella prospettiva di ridurre il rischio di errore e

migliorare la qualità dei dati contabili, sono ispirate al principio della separazione delle funzioni e delle responsabilità ed al rafforzamento del sistema dei controlli interni.

Il percorso attuativo della certificabilità è stato accompagnato da un percorso formativo molto articolato, coordinato a livello regionale, che si è avvalso delle docenze del Cerismas (Centro di ricerche e studi in management sanitario) e dell'Università Bocconi e che ha riguardato, in particolare, le seguenti tematiche:

- inquadramento generale e discussione delle principali problematiche inerenti le aree del PAC, così come emerse a seguito dell'attività preliminare di *assessment*;
- condivisione delle procedure amministrativo-contabili relative alle aree del PAC;
- condivisione degli esiti degli audit svolti sulle aree PAC.

Le predette giornate formative, pur non avendo riguardato tematiche prettamente inerenti la prevenzione della corruzione, si ritiene abbiano avuto ricadute importanti in tal senso, in quanto hanno contribuito a diffondere la conoscenza delle procedure aziendali all'interno dell'organizzazione, a sensibilizzare trasversalmente i vari attori al rispetto della procedura, a rafforzare la cultura del controllo, a rimarcare l'importanza del principio della separazione delle funzioni.

Inoltre, sulla base delle osservazioni proposte dai soggetti che sono stati coinvolti operativamente nel processo di revisione delle procedure, sono state predisposte ed adottate anche specifiche istruzioni operative e/o regolamenti, strumentali alla corretta implementazione della procedura di riferimento ed al completo raggiungimento dell'obiettivo descritto nel PAC.

In particolare, la Asl ha adottato i seguenti atti:

- deliberazione n. 1892 del 16/10/2018 avente ad oggetto *“Funzionamento ed attività espletate dalle Commissioni Aziendali per la valutazione dell'acquisto e dismissione di apparecchiature sanitarie-dispositivi medici e farmaci-opere edili e lavori impiantistici - Adozione Istruzione Operativa”*;
- deliberazione n. 1893 del 16/10/2018 avente ad oggetto *“Progetto art.79 comma sexies lett. C del D.Lgs. 112/2008 e della L. 191/2009 – Linea progettuale 1 – Realizzazione delle attività necessarie alla certificabilità dei Bilanci Sanitari – Adozione linee guida standard per lo svolgimento delle operazioni inventariali aziendali”*;
- nota prot. n. 240123/18 del 05/12/2018 avente ad oggetto *“Procedure inventariali anno 2018. Rilevazioni delle rimanenze di magazzino presso le UU.OO. territoriali ed amministrative al 31 Dicembre 2018”*;
- nota prot. n. 240227/18 del 05/12/2018 avente ad oggetto *“Procedure inventariali anno 2018. Rilevazioni delle rimanenze di magazzino presso le UU.OO. Ospedaliere al 31 Dicembre 2018”*;

- nota prot. n. 0115692/18 del 08/06/2018 di attivazione della funzione di Staff di Internal Audit, attraverso l'individuazione del soggetto incaricato all'espletamento delle attività e delle funzioni così come descritte nell'Atto Aziendale, al titolo III – Art. 28 *“Le strutture / Funzioni di staff”*;
- deliberazione n. 162 del 31/01/2019 avente ad oggetto *“Regolamento della Funzione di Internal Audit. Approvazione”*;
- deliberazione n. 591 del 29/03/2019 avente ad oggetto *“Documento di Programmazione dell'Attività di Internal Audit per l'anno 2019” e “Piano di Audit 2019”. Approvazione”*;
- deliberazione n. 840 del 15/05/2019 avente ad oggetto *“Procedura per la gestione dei contratti di somministrazione di lavoro. Approvazione”*;
- deliberazione n. 965 del 03/06/2019 avente ad oggetto *“Approvazione del regolamento per la redazione dei contratti dell'Asl n.1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila”*;
- deliberazione n. 1372 del 06/08/2019 avente ad oggetto *“Adozione procedura di utilizzo delle risorse vincolate di cui all'art 1 comma 34 e 34 bis legge 662/96 della ASL 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila”*;
- deliberazione n. 347 del 20/11/2019 avente ad oggetto *“Affidamento attività di riscossione dei crediti della ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila all'Ente Agenzia delle entrate - Riscossione”*;
- deliberazione n. 636 del 30/12/2019, recante *“Assistenza sanitaria in favore della popolazione straniera. Approvazione procedure interne”*;
- deliberazione n. 160 del 30/01/2020, avente ad oggetto *“Documento di programmazione dell'attività di Internal Audit per l'anno 2020 e Piano di Audit 2020. Approvazione”*;
- deliberazione n. 1829 del 20/10/2020 *“Revisione delle procedure amministrativo-contabili del PAC (Percorso attuativo della certificabilità) ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila”*.

Si ritiene che il percorso di certificabilità del bilancio, che ha avuto inizio dalla definizione delle procedure amministrativo-contabili aziendali e di un adeguato sistema di controlli interni, possa senza dubbio contribuire, in una logica di trasparenza e di procedimentalizzazione delle attività, a rendere il contesto aziendale meno esposto al rischio di fenomeni corruttivi. E' auspicabile, nel periodo di vigenza del presente Piano, capitalizzare i risultati raggiunti in tale percorso ed investire maggiormente su tali attività, in particolare su quelle relative all'internal auditing, al fine di disporre di maggiori informazioni per il miglioramento del PTCPT e del sistema complessivo di gestione del rischio.

7.9 ALTRE MISURE

- **Regolamento per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali da parte dei dipendenti ASL**, adottato con deliberazione n. 847 del 25 Marzo 2015.

- **Regolamento per i procedimenti disciplinari dei dipendenti della ASL 1** (personale del Comparto, Dirigenza Medico-Veterinaria, Specialisti Ambulatoriali, Dirigenza SPTA), approvato con delibera n. 175 del 04 febbraio 2019.
- **Piano della Performance** Triennale Anni 2021-2023, redatto in linea con quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 e dalle direttive emanate in materia con delibere n. 112/2010 e n. 6/2013 dall'ANAC, nonché in coerenza con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio della ASL 1.
- **Regolamento Aziendale per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi e sanitari**, adottato con delibera n.1166 del 10.07.2017, nel quale sono state recepite le novità in materia, in sostituzione del Regolamento già adottato con deliberazione n 188 del 30.01.2015.
- **Piano della Formazione**, da ultimo adottato con delibera n. 1173 del 06 luglio 2020, nel quale, su iniziativa del RPCT, sono state previste le due iniziative formative organizzate dalla SNA e rivolte ai Referenti dell'Anticorruzione ed ai dipendenti delle aree a rischio.
- **Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)**, adottato con delibera n.759 dell'11 Giugno 2013.
- **Patti d'integrità negli affidamenti** a cura dei Direttori delle Unità Operative: Beni e Servizi; Ingegneria Clinica; Patrimonio; Lavori pubblici ed investimenti;
- **Protocollo di legalità con la Regione Abruzzo**, adottato con delibera n.185 del 31 Gennaio 2018.
- **Procedura per la gestione dei contratti di somministrazione di lavoro**, adottato con delibera n. 840 del 15 maggio 2019.
- **Procedura di utilizzo delle risorse vincolate di cui all'art.1, comma 34 e 34 bis legge 662/96 della ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila**, approvata con deliberazione n. 1372 del 6 agosto 2019.
- **Adozione sistema di Gestione della Protezione Dati e Regolamento Aziendale, in applicazione Regolamento UE 679/2916 relativo alla protezione dei dati personali (GDPR)**, adottato con delibera n. 253 dell'8 novembre 2019.
- **Regolamento dei procedimenti amministrativi**, di cui alla delibera n.2255 del 29 dicembre 2015.
- **Regolamento per la redazione dei contratti della ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila**, approvato con deliberazione n. 965 del 3 giugno 2019.
- **Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa**, adottato con delibera n.1377 del 6 agosto 2019.
- **Regolamento per la gestione delle liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione**, di cui alla delibera n.1062 del 08.07.2016.
- **Protocolli aziendali di Risk Management**, sono stati adottati numerosi protocolli aziendali per gestire il "Risk Management" in adempimento alle Raccomandazioni del Ministero della Salute. Essi, anche se hanno

quale precipuo obiettivo quello di abbattere il rischio correlato agli effetti prodotti da errori in campo medico e sanitario, che possono manifestarsi nell'ambito di un processo clinico assistenziale, tuttavia risultano azioni suscettibili di produrre ricadute positive anche in tema di prevenzione della corruzione.

8. TRASPARENZA

Il d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, ha operato una significativa estensione dei confini della trasparenza, intesa oggi come *«accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»*.

La trasparenza è anche regola per l'organizzazione, per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia. In tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato, laddove ha ritenuto che *«la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa»*.

La stretta relazione tra trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo rende quindi necessaria un'adeguata programmazione di tale misura nei PTPCT delle amministrazioni.

Una delle principali novità introdotte dal d.lgs. n. 97/2016 è stata, infatti, la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza. Pertanto, l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non è più oggetto di un atto separato, ma diventa parte integrante del Piano, a cui è dedicata un'apposita sezione.

Con delibera n. 1310/2016 l'ANAC ha adottato *«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»*, rivolgendosi in particolare alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 2-bis, co. 1, del d.lgs. 33/2013.

L'ANAC ha elaborato una ricognizione degli obblighi di trasparenza da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente", come disegnata dal legislatore nell'Allegato A) del d.lgs. 33/2013.

Con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14, rubricato *«Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali»*, si rileva che l'ANAC è ripetutamente intervenuta, per fornire dettagli ed approfondimenti, con le delibere: n. 241/2017, n. 586/2019 (recentemente annullata dal TAR Lazio con sentenza del 7 ottobre 2020) e

n. 1126/2019. La ASL 01, con riferimento al predetto adempimento, è intervenuta con Circolare prot. n. 269984 del 31.12.2019 e, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 162 del 30.12.2019, art. 1, comma 7, nuovamente con Circolare prot. n. 9352 del 14.01.2020.

Attualmente, ai sensi del citato D.L. n. 162/2019, è stata sospesa l'applicazione delle misure di cui agli artt. 46 e 47 del D. Lgs. n. 33/2013, fino all'entrata in vigore di apposito regolamento di delegificazione (la cui adozione è prevista entro il 30 aprile 2021), che chiarisca gli adempimenti da porre in essere, ai sensi del citato art. 14 D. Lgs. n. 33/2013, anche alla luce delle recenti pronunce giurisprudenziali (cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019, sentenza del TAR Lazio del 7 ottobre 2020).

La tipologia dei dati e/o documenti che la ASL deve pubblicare sono descritti nell'Allegato 3) "*Misure in materia di Trasparenza*", da considerarsi parte integrante del presente PTPCT. Nel medesimo Allegato sono analiticamente indicati i Responsabili di ciascuno degli adempimenti, individuati nelle persone dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative a cui è assegnato l'adempimento medesimo. Ciascun Responsabile può nominare un proprio delegato per provvedere operativamente alla pubblicazione dei dati sulla piattaforma web. Il nominativo e la mail aziendale del personale delegato alla pubblicazione deve essere comunicato all'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Restano comunque ferme le responsabilità previste in capo ai Dirigenti Responsabili delle singole Strutture, sia in caso di omessa pubblicazione, sia rispetto agli obblighi in materia di tutela della privacy.

A tale scopo, sono state fornite password personalizzate in favore di ciascun Responsabile della pubblicazione e/o suo delegato, per consentire agli stessi l'accesso al portale "Amministrazione Trasparente" e l'implementazione dei dati di competenza delle strutture di riferimento.

Come previsto dall'art. 43, comma 3, del D. Lgs. 33/2013, pena l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 46 del decreto medesimo e delle altre sanzioni previste dalla normativa vigente, "*i dirigenti responsabili dei Servizi e degli uffici dell'Amministrazione garantiscono il regolare flusso delle informazioni da pubblicare*".

Pertanto, ciascuno dei Dirigenti individuati nella richiamata tabella riportata all'Allegato n. 3 deve provvedere:

- alla **pubblicazione** nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web, mediante l'utilizzo del software in uso denominato "e-Trasparenza";
- all'**aggiornamento** tempestivo dei dati contenuti nelle sottosezioni di secondo livello della anzidetta sezione, nei tempi e modalità riportati nella tabella sopra citata. Tale aggiornamento dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazioni di documenti;
- al **monitoraggio** continuo dell'avvenuta corretta pubblicazione dei dati di rispettiva competenza nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- all'**informazione** periodica nei confronti del RPCT sullo stato delle pubblicazioni, **con specifiche comunicazioni al 30 giugno ed al 30 novembre di ogni anno.**

I documenti, i dati e le informazioni devono rimanere pubblicati per un periodo di 5 anni dal 1° gennaio dell'anno successivo alla pubblicazione, e comunque fino a quando gli atti pubblicati producono i loro effetti.

I flussi delle informazioni da pubblicare devono rispettare le scadenze temporali definite nell'Allegato 3) "Misure in materia di trasparenza" al presente PTPCT. Tale tabella, infatti, prevede dati/documenti/informazioni, tempi, competenze e responsabilità delle diverse unità operative. La necessità di assicurare adeguata qualità delle informazioni diffuse non può costituire motivo per l'omessa o ritardata pubblicazione dei dati. Nel caso in cui sia necessario pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" informazioni, documenti o dati già pubblicati in altre pagine, è possibile inserire, all'interno della stessa sezione, un *collegamento ipertestuale* ai contenuti medesimi, in modo da evitare duplicazioni di informazioni all'interno del sito. L'utente deve comunque accedere ai contenuti di interesse della sezione, senza essere costretto ad effettuare operazioni aggiuntive.

L'elenco degli obblighi di pubblicazione, di cui all'Allegato 3 al presente PTPCT, è un documento in continua evoluzione e pertanto richiede un monitoraggio costante.

Il RPCT vigila sull'osservanza degli obblighi di pubblicazione ed effettua verifiche a campione sulla sezione web "Amministrazione Trasparente". Assicura il monitoraggio complessivo sull'aggiornamento dei dati e delle informazioni pubblicate, utilizzando i predetti report periodici, nonché svolgendo, altresì, attività di impulso.

Il RPCT, nel corso dell'anno 2020, ha invitato con specifiche comunicazioni i Dirigenti a provvedere agli adempimenti di rispettiva competenza in materia di trasparenza in applicazione del PTPCT ed a darne debito conto all'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza. Si citano, in particolare, le note: prot. n. 0121878 del 15/06/2020, prot. n. 194305 del 10/09/2020, prot. n. 259840 del 19/11/2020.

Nell'anno precedente, il RPCT ha promosso cinque giornate di formazione per i Dirigenti ed il personale addetto alla pubblicazione, al fine di consentire una più ampia conoscenza degli obblighi di pubblicazione e dei correlati specifici adempimenti. Si evidenzia che le predette attività hanno avuto un taglio operativo mediante l'utilizzo in aula della piattaforma web utilizzata per il caricamento dei dati in "Amministrazione trasparente".

Il RPCT ha in animo di promuovere ulteriori giornate formative nel corso del 2021.

Ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del richiamato D. Lgs. n. 150/2009, dell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 e, da ultimo, dell'art. 1, co. 8-bis, della l. 190/2012, l'OIV attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

In virtù dei poteri ad essa conferiti di verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, l'Autorità individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione e fornisce indicazioni in merito agli OIV. Le attestazioni, di norma, sono pubblicate nella sezione «Amministrazione trasparente» entro il 30 aprile di ogni anno.

Gli OIV non sono solo chiamati ad attestare la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente», ma ad esprimersi anche su profili qualitativi che investono la completezza del

dato pubblicato (ovvero se esso riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

Come specificato al precedente paragrafo 6.5, nell'anno 2020 il procedimento di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è stato avviato dall'Anac con delibera n. 213 del 4 marzo 2020. I termini ivi fissati per i relativi adempimenti sono stati successivamente prorogati, rispettivamente al 30/06/2020 (data di riferimento dell'attestazione) ed al 31/07/2020 (termine per la pubblicazione dell'attestazione), con comunicato del Presidente Anac del 12 marzo 2020, al fine di tener conto dell'emergenza sanitaria in atto in quel periodo.

Nelle more della conclusione della procedura selettiva dei componenti per la ricostituzione dell'OIV, l'Azienda ha ritenuto necessario costituire il Nucleo Aziendale di Valutazione (deliberazione del Direttore Generale n. 933 del 04/06/2020 *"Ricostituzione del Nucleo Aziendale di Valutazione per le verifiche e valutazioni delle attività 2018 e 2019 dei Dipartimenti e delle Unità Operative aziendali"*, successivamente modificata ed integrata con deliberazione n. 1329 del 27/07/2020), che ha curato, tra l'altro, anche l'adempimento sopra descritto di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, i cui esiti sono stati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale aziendale, nella sottosezione dedicata "Attestazioni OIV o Struttura analoga".

Nel periodo di vigenza del presente Piano, oltre all'attività di monitoraggio basata sui report elaborati ed inviati dai Responsabili delle UU.OO. al 30/06 ed al 30/11, il RPCT ha in animo di implementare un'attività sistematica di verifica delle sezioni del Portale Trasparenza, al fine di controllare la completezza, l'aggiornamento e la qualità dei dati pubblicati a cura delle varie UU.OO., evidenziando eventuali criticità e comunicando ai soggetti responsabili le necessarie azioni correttive.

A tali attività, si aggiungono le verifiche a campione su sottosezioni specifiche, in presenza di richieste di accesso civico, ovvero sulla base di segnalazioni o particolari esigenze espresse internamente all'organizzazione.

Al fine di favorire ulteriormente l'attuazione della misura della trasparenza, l'azienda sta implementando un progetto di aggiornamento e sviluppo del sistema gestionale documentale attualmente in uso, al fine di assicurare, oltre alla sua interoperabilità applicativa con il Portale Trasparenza, anche la qualità della pubblicazione dei documenti, nel rispetto dei requisiti di cui all'art. 6 del D. Lgs. n. 33/2013. Alla data di redazione del presente Piano, sono stati svolti gli incontri preliminari, necessari allo sviluppo del modulo. Deve essere avviata la fase di test su alcune Unità Operative, propedeutica all'implementazione della nuova procedura con riferimento all'intera struttura aziendale.

8.1 Accesso civico e accesso civico generalizzato

L'accesso civico è il diritto, introdotto dall'art. 5 del decreto legislativo n. 33/2013, di richiedere i documenti, le informazioni e i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare, qualora non siano disponibili nella sezione web "Amministrazione Trasparente". Tale diritto è esercitabile da chiunque, gratuitamente, e non deve essere motivato. La richiesta è indirizzata al RPCT. Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto la voce *Altri Contenuti/Accesso Civico* sono pubblicati sia le modalità di esercizio di questa facoltà, sia i dati relativi al Responsabile a cui può essere presentata la richiesta di accesso civico, oltre al nominativo del titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

Questa tipologia di accesso riguarda, quindi, i soli atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e costituisce un rimedio nei casi di mancata osservanza degli stessi. Si tratta di un istituto attraverso il quale si può realizzare il "controllo" sociale previsto dall'art. 1 del d.lgs. 33/2013.

Il decreto legislativo 97/2016, tra le novità, ha introdotto una nuova forma di accesso civico ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita "*Freedom of information act (Foia)*", vale a dire l'Accesso civico generalizzato.

In virtù della disposizione richiamata, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati ed i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Sull'istituto dell'accesso civico generalizzato l'Autorità, chiamata dallo stesso d.lgs. 33/2013 a definire le esclusioni e i limiti, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza unificata, ha adottato specifiche Linee guida con delibera n. 1309/2016, a cui si rimanda per le indicazioni operative.

8.2 Registro unico degli accessi

Il registro contiene l'elenco delle singole richieste di accesso pervenute in azienda, con indicazione dell'oggetto, della data e del relativo esito. L'elenco viene pubblicato ed aggiornato ogni sei mesi, entro il 28 Febbraio ed il 30 Agosto di ogni anno, nella sezione "Amministrazione Trasparente". Il registro è conforme ai suggerimenti di cui alla deliberazione ANAC n.1309/2016, nonché alla Circolare n. 2 del Ministero per la Semplificazione della Pubblica Amministrazione. I tempi procedurali sono determinati nel Regolamento Aziendale per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi e sanitari, di cui alla deliberazione

n. 1166 del 10.07.2017.

Il predetto Registro è stato, da ultimo, aggiornato e pubblicato con riferimento all'intera annualità 2020 in data 26 febbraio 2021.

8.3 Sanzioni

In caso di omissione degli adempimenti di pubblicazione previsti dal D.lgs n.33/2013 e s.m.i., sono previste le sanzioni di cui agli artt. 45, 46 e 47 del richiamato decreto legislativo.

Il RPCT, ai sensi dell'art. 43 del D.lgs n. 33/2013 ed in relazione alla loro gravità, segnala all'U.P.D. i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Segnala, altresì, l'inadempimento al Direttore Generale ed all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

In materia di vigilanza e di controllo sulla trasparenza, l'ANAC, in virtù dei poteri ad essa conferiti dall'art. 45 del d.lgs. 33/2013, ha adottato specifica delibera n. 329 del 29 marzo 2017, recante «*Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33*».

9. COORDINAMENTO DEL P.T.P.C.T. CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che il PTPCT sia coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione della ASL 1. L'esigenza di integrare alcuni aspetti del PTPCT e del Piano della performance è stata chiaramente indicata dal legislatore e più volte sottolineata dalla stessa Autorità, da ultimo nel PNA 2019.

Così, l'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il legame, inoltre, è rafforzato dalle disposizioni contenute nell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 in cui si prevede, in primo luogo, che l'OIV ed altri soggetti deputati alla valutazione verificano la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della performance e valutino l'adeguatezza dei relativi indicatori; in secondo luogo, che le informazioni ed i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione siano utilizzati, sempre dagli OIV, ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

Al fine di dare concretezza ai suddetti principi, sono parte sostanziale del Piano della Performance gli obiettivi già individuati in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, intesi sia come obiettivi organizzativi che individuali.

Al raggiungimento dei suddetti obiettivi occorrerà fare riferimento nella Relazione sulla performance, nella quale, a norma dell'art 10 del D. Lgs. n. 150/2009, devono essere evidenziati, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti, sia organizzativi che individuali, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, evidenziando gli eventuali scostamenti.

La predetta Relazione deve essere oggetto di analisi con la finalità di individuare: le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi; le eventuali azioni strategiche correttive nell'ambito del miglioramento e dell'aggiornamento del PTPCT; le eventuali azioni correttive, anche su proposta dei Referenti, con riferimento alle singole misure di prevenzione.

10. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL P.T.P.C.T.

Gli aggiornamenti al presente Piano Triennale sono l'esito delle attività condotte dal RPCT, Dott.ssa Federica Faccia, nominata dal Direttore Generale con deliberazione n. 2088 del 24 novembre 2020, con decorrenza dell'incarico dal 01 gennaio 2021. Tuttavia, già a far data dal 26 febbraio 2020, con nota prot. n. 44055, al fine di rafforzare la struttura di supporto al RPCT, in una necessaria logica di integrazione delle attività e di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione, la direzione strategica ha disposto che la Dott.ssa Faccia, già responsabile della funzione Internal Audit, svolgesse la sua attività anche presso l'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, raccordandosi con il RPCT in carica.

Da quando è cominciata la sua attività di collaborazione presso l'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, il RPCT attualmente in carica ha compiuto una prima analisi dello stato del sistema aziendale di gestione del rischio, sulla base dei documenti in possesso e delle risultanze degli audit via via effettuati sui processi di competenza di alcune Unità Operative. Nel corso dell'anno 2020 ha partecipato ad entrambi i corsi di formazione organizzati dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione, focalizzati principalmente su tematiche avanzate inerenti la gestione del rischio, che hanno visto anche il coinvolgimento attivo dei Referenti dell'anticorruzione e dei dirigenti di U.O.. Successivamente, il RPCT ha organizzato e coordinato specifici incontri per completare l'aggiornamento della mappatura dei processi, la valutazione dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione da inserire nell'aggiornamento al PTPCT.

L'anno 2020 è stato caratterizzato, tra l'altro, dall'emergenza sanitaria Covid-19 che, come è possibile immaginare, ha comportato una assoluta concentrazione delle attività, sia quelle prettamente sanitarie, sia

quelle amministrative di supporto, al fronteggiamento della pandemia ed all'espletamento di tutti gli adempimenti, aggiuntivi rispetto a quelli ordinari, che sono stati richiesti sia a livello nazionale che regionale (si pensi, a mero titolo esemplificativo, ai numerosi e complessi protocolli da redigere ed adottare all'interno delle strutture sanitarie, alle periodiche rendicontazioni da produrre da parte delle varie UU.OO. relativamente ai costi legati all'emergenza, alla necessità di partecipare a numerosi tavoli di lavoro sul tema dell'emergenza, alla regolamentazione in continuo aggiornamento sullo smart working...). Pertanto, le attività di aggiornamento e miglioramento della gestione del rischio hanno inevitabilmente risentito delle difficoltà determinate dall'emergenza sanitaria in corso.

Ciononostante, nel corso del 2020 è stata completata la mappatura dei processi principali dell'azienda secondo le indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2019, che era stata avviata nell'anno 2019. In particolare, le aree a cui afferiscono i processi mappati nel corso dell'anno 2020 sono: il Sistema di accesso Customer Service (CUP), il Controllo di Gestione, il Governo Clinico e la gestione delle Liste di Attesa, il Servizio Farmaceutico ospedaliero e territoriale, il servizio Qualità e Audit, il servizio Prevenzione e Protezione, il servizio Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro, il servizio medici competenti e medici autorizzati, le Verifiche Impiantistiche, le attività del Dipartimento di Salute Mentale, il servizio Formazione, le attività di amministrazione, controllo e monitoraggio strutture accreditate, il processo di audit amministrativo, i processi afferenti l'attività libero professionale (ALPI).

In tal senso, il RPCT ha operato attivamente al fine di dare impulso alla rete aziendale anticorruzione, soprattutto in considerazione della complessità dell'azienda e della criticità del momento. Strategico risulta, a questo proposito, il contributo fornito Collegio dei Referenti anticorruzione, istituito con deliberazione n. 1489 del 22 agosto 2019. Il predetto organismo è nato dall'esigenza di ampliare la "rete" del sistema aziendale anticorruzione attraverso l'istituzione di Referenti in tutte le strutture dipartimentali (sia in area ospedaliera sia in area territoriale). Infatti, tenuto conto delle molteplici funzioni e competenze della ASL 1, che si estende su un territorio provinciale molto vasto e che si articola in un gran numero di unità operative (con funzioni sanitarie, tecniche, amministrative, ecc.), si è ritenuto indispensabile fornire supporto al RPCT in linea con le indicazioni ANAC, da ultimo confermate nel PNA 2019. Il predetto Organismo ha un ruolo operativo nella gestione del rischio in ambito aziendale, per la diffusione della cultura della legalità, nonché funzioni di proposta e monitoraggio sull'applicazione delle misure per prevenire fenomeni di corruzione.

Per queste ragioni, il RPCT ha ritenuto di rilevanza strategica investire ulteriormente sulla formazione dei Referenti dell'anticorruzione e dei loro collaboratori, al fine di implementare le loro conoscenze sull'argomento e migliorare la qualità del supporto da essi fornito nell'ambito del sistema di gestione del rischio.

Il RPCT ha partecipato, tra l'altro, al 6^a incontro nazionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione organizzato dall'ANAC in streaming il 18 giugno 2020. Inoltre, ha partecipato agli incontri tematici on-line del ciclo *“La parola agli RPCT”*, che rappresentano un'occasione preziosa di confronto con altre realtà organizzative ed uno strumento per rafforzare ulteriormente la rete anticorruzione a livello nazionale.

Riponendo grande fiducia nella leva della formazione, nella seconda metà dell'anno 2020, è stata realizzata un'importante attività a cura della SNA. Il predetto modulo formativo ha interessato i Referenti Anticorruzione ed altre figure aziendali dirigenziali per complessive n. 50 unità. L'attività formativa ha fornito ai Referenti gli strumenti necessari per essere parte attiva nell'implementazione del sistema di gestione del rischio in azienda, anche mediante la realizzazione di esercitazioni pratiche utilizzando la metodologia prevista nel PNA 2019.

A seguito della descritta formazione, il RPCT ha coordinato con i Referenti attività finalizzate ad implementare la mappatura dei processi, utilizzando la nuova metodologia acquisita e la relativa modulistica conforme al PNA 2019 (in proposito cfr. par. 5.2). Conseguentemente si è proceduto, in sinergia con i Referenti, alla valutazione dei rischi rilevati nei rispettivi processi mappati, applicando la nuova metodologia acquisita in occasione della formazione (vedi par. 5.3). Tale attività è stata effettuata utilizzando tutte le informazioni a disposizione del RPCT, rilevate anche sulla base di specifici Audit e istituendo specifici gruppi di lavoro con i Referenti ed i collaboratori operanti nelle aree a maggior rischio.

Nel corso dell'anno, inoltre, il RPCT ha tenuto costantemente aggiornata la Direzione Aziendale sull'evolversi delle attività riferite al Piano. Il RPCT ha periodicamente invitato i Referenti con specifiche circolari (si citano le note prot. n. 0194305 del 10/09/2020, prot. n. 259840 del 19/11/2020 e prot. n. 229764 del 14/10/2020) all'applicazione del PTPCT nonché al progressivo aggiornamento dello stesso. A tal fine sono stati richiesti report per il monitoraggio e proposte per il miglioramento del PTPCT. La descritta attività è stata effettuata attraverso interlocuzioni dell'Ufficio, audit e specifiche riunioni, al fine di acquisire le migliori informazioni e documenti possibili per l'adozione nei termini di legge del presente aggiornamento al PTPCT.

Inoltre, al fine di dare seguito a quanto raccomandato dall'Anac nella Parte II *“I Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nelle P.A.”*, al Paragrafo 4 *“I soggetti coinvolti nell'elaborazione – Stakeholders”*, pag. 26 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, dove si evidenzia che *“Ai fini della predisposizione del PTPCT si raccomanda alle amministrazioni di realizzare forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PTPCT, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento”*, con nota prot. n. 255198 del 12/11/2020 è stata avviata la procedura per la pubblicazione, sul sito istituzionale aziendale, di un avviso di consultazione pubblica, in modo da offrire la possibilità, agli *stakeholder* interni ed esterni ed a tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati

dall'azienda, di fornire il proprio contributo all'elaborazione del presente Piano, attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti.

L'aggiornamento del Piano, in considerazione di quanto sopra evidenziato, rappresenta l'ulteriore tappa di un percorso che deve essere portato avanti nell'ottica di migliorare dinamicamente la gestione del rischio corruttivo in Azienda. Alla data di definizione dello stesso, sono state utilizzate le migliori informazioni a disposizione e, d'intesa con i Referenti, sono state aggiornate le mappature dei processi aziendali ed individuate le misure come analiticamente precisato negli allegati. Tale processo di aggiornamento costante della gestione del rischio deve necessariamente procedere con tempestività ed incisività puntando, in particolare, sul coinvolgimento e la sensibilizzazione dei Referenti aziendali che rappresentano i nodi fondamentali della rete aziendale anticorruzione. E' pertanto opportuno, al fine di seguire con decisione questa rotta, confermare nel piano della performance gli obiettivi riferiti al miglioramento della mappatura dei processi per aggiornare, ulteriormente e concretamente, il sistema di gestione del rischio, responsabilizzando direttamente i Referenti.

La descritta azione deve necessariamente prevedere un ulteriore idoneo investimento sulla formazione dei dipendenti. In particolare è necessario continuare a formare i Referenti che possono rappresentare il volano per implementare il sistema di gestione del rischio. Sul punto il RPCT ha esposto già negli anni precedenti specifiche esigenze formative alla Direzione, al fine di definire su un orizzonte temporale triennale una puntuale programmazione in materia di anticorruzione. Pertanto, anche per l'anno 2021 si ritengono fondamentali nuove iniziative formative. Nello specifico, con nota prot. n. 15402 del 22/01/2021, tenuto conto delle tematiche già affrontate in occasione degli interventi formativi svolti, negli anni 2019 e 2020, in collaborazione con la SNA, che hanno riguardato prevalentemente gli elementi essenziali del sistema di gestione del rischio (analisi del contesto, mappatura dei processi, valutazione dei rischi), il RPCT ha chiesto l'inserimento, nel PFA 2021, dei seguenti eventi formativi in materia di anticorruzione e trasparenza:

- per il personale dirigente:
 - corso di formazione su etica, codice di comportamento e codice disciplinare (con focus specifico sull'istruttoria di un procedimento disciplinare, anche attraverso la discussione di casi concreti), da realizzare *in house*, utilizzando professionalità interne;
 - corso di formazione per l'approfondimento di alcune misure generali di prevenzione della corruzione: rotazione ordinaria e possibili misure alternative, incarichi extra-istituzionali (art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.), gestione dei conflitti di interesse, eventualmente da realizzare in convenzione con la SNA;
- per il personale del comparto:

- corso di formazione su etica, codice di comportamento e codice disciplinare, anche attraverso la discussione di casi concreti, da realizzare *in house*, utilizzando professionalità interne;
- per il personale dirigente e del comparto:
 - corso di formazione in materia di trasparenza - parte teorica e parte pratica, da organizzare in collaborazione con Isweb.

In conformità alle indicazioni del PNA 2019 sul processo di formazione del PTPCT, il RPCT ha trasmesso una prima stesura del documento di aggiornamento, giusta nota prot. n. 48098 del 04/03/2021, alla Direzione Generale per consentire ogni opportuna valutazione riguardante le modifiche introdotte ed al fine di assicurare una piena condivisione degli aggiornamenti apportati.

Il presente Piano costituisce, dunque, un documento dinamico, soggetto ad aggiornamento progressivo e costante, anche in base all'esperienza ed alla crescente competenza dei diversi soggetti preposti in ambito aziendale. Pertanto, esso sarà aggiornato per adeguare il sistema agli eventuali cambiamenti nel modello organizzativo aziendale. Le modifiche potranno essere stimulate anche dalle ulteriori attività di mappatura che si riterrà opportuno effettuare, ovvero a seguito di una diversa valutazione del rischio di corruzione nell'organizzazione della ASL. Infine, si procederà a quanto richiesto da nuove disposizioni in materia o specifiche indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.