

Allegato 3

**Le misure di prevenzione e
trattamento del rischio
PIAO 2025-2027**

LE MISURE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

| | |
|---|----|
| LE MISURE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO | 1 |
| PREMESSA | 2 |
| 1. OBIETTIVI STRATEGICI E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI ATTIVITÀ AZIENDALE | 2 |
| 2. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | 6 |
| 2.1 CODICE DI COMPORTAMENTO – DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE E VALORI | 6 |
| 2.2 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE | 7 |
| 2.3 LA ROTAZIONE “STRAORDINARIA” | 10 |
| 2.4 CONFLITTO DI INTERESSE | 11 |
| 2.5 OBBLIGO DI COMUNICAZIONE E DI ASTENSIONE DEL DIPENDENTE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI | 11 |
| 2.6 ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI | 15 |
| 2.7 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI | 17 |
| 2.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE | 19 |
| 2.9 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (<i>PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS</i>) | 21 |
| 2.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (<i>C.D. WHISTLEBLOWER</i>) | 22 |
| 2.11 LA FORMAZIONE | 23 |
| 2.12 PATTI DI INTEGRITÀ | 24 |
| 2.13 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI | 25 |
| 2.14 SEGNALAZIONE DI OPERAZIONI SOSPETTE | 26 |
| 3. MISURE ULTERIORI DI CARATTERE SPECIFICO | 27 |
| 3.1 SETTORE DEL PERSONALE: | 27 |
| 3.2 SETTORE AFFARI LEGALI | 27 |
| 3.3 SETTORE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE – CONTRATTI PUBBLICI | 28 |
| 3.4 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI E LISTE D’ATTESA | 30 |
| 3.5 SETTORE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | 31 |
| 3.6 SETTORE FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE, INFORMAZIONE SCIENTIFICA: | 31 |
| 3.7 SERVIZIO ISPETTIVO | 32 |
| 3.8 ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI | 32 |
| 3.9 PUBBLICAZIONE DI ATTI CONCERNENTI INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA | 32 |
| 3.10 ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO | 32 |
| 4. MONITORAGGIO E RIESAME | 33 |
| 5. CRONO PROGRAMMA E AZIONI CONSEGUENTI ALL’ADOZIONE DEL PIANO | 34 |

Premessa

Come precisato nelle premesse del PIAO 2025-2027, in considerazione delle tempistiche di adozione del bilancio l'ASUGI si riserva di aggiornare il Piano entro 30 giorni dalla data di adozione del bilancio preventivo e in coerenza con il Progetto Complessivo Aziendale, da formalizzare, con riferimento anche alla sezione Rischi corruttivi e trasparenza / Misure di prevenzione e trattamento del rischio, un tanto al fine di assicurare la coerenza dei contenuti del Piano stesso ai documenti di programmazione su indicati, che ne costituiscono il necessario presupposto, così come previsto dal DM 132/2022.

Pertanto successivamente all'adozione del bilancio preventivo aziendale e del Piano Attuativo si provvederà ad integrare le previsioni relative agli obiettivi e alle misure di prevenzione e di trattamento del rischio per il triennio 2025-2027

1. OBIETTIVI STRATEGICI E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI ATTIVITÀ AZIENDALE

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012, per il triennio 2025-2027, proseguendo sul percorso intrapreso nel triennio 2022-2024, la Direzione Strategica, su proposta del RPCT, ha individuato i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (di cui ai successivi approfondimenti):

| OBIETTIVO STRATEGICO 1 | |
|--|---|
| Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Processo di Gestione del Rischio | Completamento, nell'arco del triennio 2025-2027, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie". Valutazione, nel 2025, dei processi amministrativi territoriali dei processi amministrativi ospedalieri (SSCC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio); Valutazione dei rischi della SC Ingegneria Clinica |
| OBIETTIVO STRATEGICO 2 | |
| Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Organizzazione | Prosecuzione della revisione e miglioramento della regolamentazione interna (codice di comportamento / Gestione delle segnalazioni di illeciti / regolamenti relativi alla gestione del personale) |
| OBIETTIVO STRATEGICO 3 | |
| Ciclo della Performance | Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione) |

| OBIETTIVO STRATEGICO 4 | |
|--------------------------------|--|
| Area Qualità e Risk management | Attuazione del Piano triennale della qualità 2024-2026 |

Gli obiettivi strategici, anche per il 2025, saranno integrati all'interno dell'assegnazione degli obiettivi aziendali.

> Obiettivo Strategico 1

In relazione a quanto previsto dal PNA 2019, nel PTPCT 2021-2023 era stato inserito il seguente obiettivo:

“Nel corso del 2021, nelle more della definizione della nuova organizzazione aziendale a seguito dell'adozione dell'Atto aziendale, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con l'Ufficio di supporto, predisporrà il nuovo modello di misurazione del livello di esposizione del rischio di tipo qualitativo, partendo dalla individuazione degli indicatori di rischio, per procedere poi alla misurazione degli stessi e alla successiva valutazione complessiva del rischio.”

Nel 2021 il RPCT con l'Ufficio di Supporto ha elaborato la nuova metodologia relativa al processo di gestione del rischio, esplicitata nel documento “La mappatura dei processi e la gestione dei rischi corruttivi”.

La nuova metodologia è stata applicata, in via sperimentale, nei primi mesi del 2022; conclusa la sperimentazione la metodologia è stata introdotta nel PTPCT e nel PIAO 2022/2024 ed è stata applicata per la mappatura dei processi e la valutazione dei rischi di 9 strutture aziendali (: SC Ricerca e Innovazione, Direzione del Dipartimento di Prevenzione, SC Accertamenti Clinici di medicina legale, SC Igiene degli alimenti di origine animale, SC Igiene degli alimenti e della nutrizione, SC Igiene e Sanità pubblica, SC Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro, SC Sanità pubblica veterinaria, SSD Sicurezza Impiantistica).

Nel 2023, come definito dal PIAO 2023-2025, sono stati mappati nuovamente i processi ed è stata effettuata la valutazione dei rischi delle SC Edilizia e Impianti Area Giuliana, SC Edilizia e Impianti Area Isontina, SC Provveditorato Economato, SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino, SC Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione settore Acquisizioni.

Nel 2024, attuazione del PIAO 2024-2026, sono stati mappati i processi amministrativi ospedalieri della SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano ed è stata avviata la valutazione dei rischi dei processi amministrativi territoriali (SC DAPOTI e SC DAPOTG); sono stati mappati i processi di competenza della SC Ingegneria Clinica.

In un'ottica di continuità, quindi, per il 2025 si prevede il seguente obiettivo strategico:

| Obiettivo 1 - Completamento, nell'arco del triennio 2025-2027, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------|
| Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione. | | | | |
| Stato di attuazione al 31 gennaio 2025 | Fasi e tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Risultato atteso | Soggetto Responsabile |
| ATTUATO | Entro il 31.12.2024 | Mappatura dei processi amministrativi ospedalieri. | | SC DAPOTG – SC DAPOTI - SCISO |
| ATTUATO | Entro il 31.12.2024 | Mappatura dei processi | | SC Ingegneria Clinica |
| IN ATTUAZIONE | Entro il 31.12.2025 | Valutazione dei processi amministrativi territoriali e ospedalieri | | RPCT – SC DAPOTG – SC DAPOTI - SCISO |
| DA ATTUARE | Entro il 31.12.2025 | Valutazione dei rischi della SCIC e della SCIT | | SC Ingegneria Clinica - RPCT |

> Obiettivo Strategico 2

Per quanto riguarda la *Revisione e il miglioramento della regolamentazione interna (codice di comportamento / Gestione delle segnalazioni di illeciti / regolamenti relativi alla gestione del personale)* si rimanda a quanto previsto di seguito nelle sezioni 2.1, 2.10, 3.1.

> Obiettivo Strategico 3

L'obiettivo prevede l'introduzione e/o l'efficientamento di procedure integrate, di natura trasversale, per la gestione del ciclo della performance e per l'allineamento dei sistemi di monitoraggio, che coinvolgano le strutture competenti per i vari adempimenti.

> Obiettivo Strategico 4

Con decreto n. 193 del 01.03.2022 ASUGI ha Istituito il Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente Sicurezza. Il sistema prevede di implementare e armonizzare in un unico Sistema di Gestione:

- la gestione documentale mediante la ISO 9001:2015;

• la qualità e il rischio clinico mediante la ISO 9001:2015 solo per la gestione documentale trasversale;

- i requisiti documentali trasversali di accreditamento istituzionale;
- i requisiti documentali trasversali dell'accREDITamento all'eccellenza;
- il sistema di gestione ambientale previsto dalla ISO 14001:2015;
- il sistema di gestione antincendio previsto dal D.M. 19/03/2015;
- il sistema di gestione della sicurezza previsto dalla ISO 45001:2018.

È stato inoltre costituito un gruppo di lavoro composto da competenze multi professionali e multi disciplinari che risultino strategiche all'attivazione e mantenimento della gestione del SGI QuAS. Il Gruppo di lavoro ha il mandato di implementare le procedure che governano il Sistema di Gestione Integrato SGI QuAS, di elaborare procedure, documenti e istruzioni operative dei maggiori processi trasversali e di individuare le modalità di verifica (audit) e del riesame previsti dalle norme di riferimento.

Sulla base di queste premesse è stato predisposto il Piano Triennale della Qualità 2024-2026. Oltre agli obiettivi peculiari del sistema di gestione, il Piano illustra i principali obiettivi, non solo di carattere documentale, in tema di qualità, sicurezza dei pazienti, sicurezza negli ambienti di lavoro, gestione ambientale.

Il Piano Triennale della Qualità è un documento aziendale di programmazione che rappresenta il punto di partenza del ciclo di miglioramento continuo della qualità (ciclo di Deming). Esso definisce le linee progettuali, gli obiettivi, le attività, le responsabilità, i tempi e le risorse a beneficio del miglioramento continuo della qualità, nonché gli indicatori di misurazione e gli standard per la valutazione dei risultati.

| Obiettivo strategico 3 – Attuazione del Piano Triennale della Qualità 2024-2026 | | | | |
|--|--|---|---|------------------------------|
| Stato di attuazione al 31 gennaio 2025 | Fasi e tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Risultato | Soggetto Responsabile |
| DA ATTUARE | Attuazione del Piano Triennale della Qualità 2024-2026 | Rispetto dei tempi previsti dal Piano per l'anno 2025 | Attuazione delle azioni previste dal Piano nei tempi indicati | Responsabile Qualità |

2. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si definiscono misure “generali” di prevenzione della corruzione quelle misure (individuata dal PNA) che si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull’intera amministrazione.

2.1 CODICE DI COMPORTAMENTO – DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE E VALORI

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell’interesse pubblico, in connessione con il PTPCT.

L’adozione del codice di comportamento rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all’amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Tutte le amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell’art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell’OIV». Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell’amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell’ANAC.

Nel 2023 sono intervenuti sulla materia sia il Piano Nazionale Anticorruzione (adottato in via definitiva in data 17.1.2023) sia il DPR recante modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. La riforma del codice di comportamento dei dipendenti pubblici è entrata in vigore lo scorso 14 luglio a seguito della pubblicazione, sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 2023, del decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81, che modifica il D.P.R. 16 aprile 2013.

La bozza di Codice di Comportamento aziendale è stata adeguata alle modifiche e integrazioni introdotte dalla normativa vigente e sottoposta alla valutazione della Direzione Strategica.

Si prevede di attivare nel corso del 2025 le relazioni con le organizzazioni sindacali e la consultazione degli stakeholders aziendali.

Rimane fermo che, nelle more dell’adozione del nuovo Codice di comportamento, sono ancora vigenti, per le aree di competenza, i codici adottati dalle precedenti Aziende e, in particolare:

- AAS2 ha adottato il Codice di comportamento aziendale con Decreto del Direttore Generale n. 62 del 26.2.2015

- ASUITS ha adottato il proprio Codice di comportamento con Decreto del n. 50 del 31.12.2017.

Successivamente all'adozione del Codice sarà necessario divulgarne i contenuti anche mediante iniziative formative specifiche da programmare nel Piano Formativo Aziendale.

Quanto al MONITORAGGIO e alle verifiche circa il rispetto del codice di comportamento, si prevede che entro la fine di ogni anno (30 novembre o diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione annuale ad ANAC), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmetta al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

- a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;
- b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;
- c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Nei medesimi termini l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, inoltre, formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

Le stesse informazioni, circa l'eventuale riscontro di comportamenti non conformi con le regole dettate dal Codice di comportamento, e in merito alle proposte di miglioramento del Codice e di iniziative formative vengono richieste anche ai Responsabili di tutte le strutture aziendali nella relazione di fine anno delle strutture.

2.2 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

Tutti i PNA hanno sempre posto l'accento sull'importanza che riveste la rotazione ("ordinaria") dei dirigenti e dei dipendenti come strumento fondamentale per contrastare la corruzione. L'alternanza, infatti, ridurrebbe il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta profili non indifferenti di delicatezza e complessità, dal momento che risulta difficilmente coniugabile con l'altrettanto importante principio di continuità e di buon andamento dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. Inoltre costituisce ostacolo alla rotazione anche la dimensione degli uffici e il numero dei

dipendenti operanti. Nella delibera n. 13 del 4/2/2015 l'ANAC, ha dato indicazioni, in via generale, circa alcuni criteri che dovrebbero essere osservati per l'applicazione del criterio di rotazione:

1. la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
2. la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
3. la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti anche contrattuali individuali dei dipendenti sottoposti alla misura della rotazione e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono temperare quindi le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
4. i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPC e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;
5. sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

Nel PNA 2016, Approfondimento sezione "Sanità", cui anche il PNA 2019 rinvia, inoltre l'ANAC stessa ha sottolineato che

"In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. [...]"

Sempre nel PNA 2016 l'ANAC ha indicato che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni siano tenute ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggior condivisione delle attività

fra operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Sul tema è intervenuta nuovamente l'ANAC anche con il PNA 2019, Allegato 2 ("La rotazione "ordinaria" del personale"), dando indicazioni ulteriori circa le misure alternative da applicare in caso di impossibilità di rotazione. Tra le **misure alternative** che si prevede di applicare in Azienda si elencano di seguito:

→ il rafforzamento delle misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;

→ la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;

→ nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate il rafforzamento di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. (Ad esempio il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria);

→ una articolazione dei compiti e delle competenze che consenta di evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo al medesimo soggetto finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti; nelle aree a rischio, affidamento, ove possibile, delle varie fasi procedurali a soggetti diversi, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale;

→ eventuale programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità, ove il numero dei dipendenti presenti lo consenta.

Nei casi in cui si ritenesse necessario programmare la rotazione, si delineano i seguenti criteri in coerenza con quanto previsto dall'ANAC:

- il dirigente competente, ove necessario, valuta con il supporto del RPCT le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione, delineando: a) quali uffici sottoporre a rotazione, b) la periodicità con cui procedere a rotazione, c) le caratteristiche della rotazione (se funzionale o territoriale);
- sui criteri stabiliti per la rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte (tale informazione non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia);

- la rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Azienda, ed in considerazione della competenza professionale del personale, e non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

Inoltre, va ricordato, che la valutazione in merito alla eventuale rotazione dei dirigenti e del personale del comparto titolare di incarico gestionale, viene effettuata alla scadenza dell'incarico.

Nel corso del 2025, così come avvenuto in precedenza, nell'affidare gli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Aziendali tecnico amministrative, sarà attuata, in alcuni ambiti, la rotazione degli incarichi direzionali.

2.3 LA ROTAZIONE "STRAORDINARIA"

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"), dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *"provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi"*.

Dalla disposizione si desume l'obbligo per le amministrazioni di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

L'ANAC si è più volte soffermata sull'istituto della così detta "rotazione straordinaria", dapprima con il PNA 2016, quindi con il PNA 2017 e con il PNA 2018, per giungere infine ad adottare con delibera n. 215 del 26 marzo 2019 le "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del dl.gs. n. 165 del 2001", cui si rinvia anche nel PNA 2019.

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, l'ANAC nella su citata delibera ha esplicitato la necessità che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare (vedi PNA 2019) si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria.

Come previsto nei precedenti PTPCT, l'Azienda ha predisposto una procedura sull'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria, nella quale si è tenuto conto anche di

quanto stabilito dall'ANAC nelle delibere 345 del 22.4.2020 *“Individuazione dell'organo competente all'adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria, ai sensi dell'art. 16, co. 1, dell. 1-quater) del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nelle amministrazioni”* e n. 538 del 17.6.2020 *“Applicabilità dell'istituto della rotazione straordinaria (art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165) ai medici specialisti ambulatoriali con rapporto di lavoro con le Aziende Sanitarie di riferimento di natura convenzionale regolato dal CCNL”*.

La procedura sull'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria è contenuta nell'Allegato 2a del presente Piano.

2.4 CONFLITTO DI INTERESSE

Una situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico 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.

Come evidenziato da ultimo anche dal PNA 2019, nel caso del conflitto di interessi è importante fare riferimento ad un'accezione ampia dello stesso attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

Pertanto vanno considerate sia le situazioni di conflitto di interessi reale e concreto (di cui all'art. 7 e all'art. 14 del d.P.R. n. 62 del 2013), sia quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Il conflitto di interessi è stato riordinato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione sia a soggetti esterni destinatari di incarichi, mediante norme che attengono a diversi profili quali: l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi; le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39; l'adozione dei codici di comportamento; il divieto di pantouflage; l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali; l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

2.5 OBBLIGO DI COMUNICAZIONE E DI ASTENSIONE DEL DIPENDENTE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

La disciplina dell'obbligo di astensione nel caso di conflitto di interessi è stata introdotta dalla L. n. 190/2012, che, inserendo l'art. 6 *bis* nella L. n. 241/90, rubricato *“Conflitto di interessi”*, ha

stabilito che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati.

I dipendenti dell'Azienda sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di potenziale conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine sono state introdotte specifiche disposizioni anche nel Codice di comportamento ASUGI, che sarà adottato nel corso dell'anno.

Il conflitto di interessi è disciplinato anche dal DPR 62/2013, codice di comportamento dei dipendenti, che prevede:

- all'art. 6 l'obbligo per il dipendente di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti e l'obbligo per il dipendente di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- all'art. 7 una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione;
- all'art. 14 l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio".

Il dipendente è quindi tenuto a rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interessi: 1. al momento dell'assunzione; 2. nel caso di trasferimento interno con assegnazione ad una struttura diversa; 3. ogni qual volta subentri una condizione tale da poter configurare un conflitto di interessi.

Per il settore degli acquisti fondamentale risulta anche la norma di cui all'art. 42 del codice dei contratti pubblici, d.lgs. 50/2016 la quale, nel prevedere l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle

procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, stabilisce, al comma 2, che *“Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62.”*

Lo stesso art. 42 prevede, quindi che *“ Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico”, .” Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici”; “La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati”.*

Si evidenzia, in aggiunta, che nel PNA 2022 è stata inserita una sezione interamente dedicata al conflitto d'interessi in materia di contratti pubblici con importanti approfondimenti sul tema.

Permane l'obbligo, anche per il triennio 2025-2024 (come già previsto nei precedenti PIAO) di acquisizione le dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento della nomina a RUP; il rispetto della previsione viene verificato annualmente in sede di relazione delle Strutture aziendali al RPCT.

Nel Codice di comportamento (da adottare) sono state inserite precise disposizioni in merito alla procedura di acquisizione delle dichiarazioni, tra cui: l'obbligo di comunicazione, all'atto dell'assegnazione ad una Struttura, al Direttore della stessa di quanto previsto dall'art. 6 DPR 62; l'obbligo di astensione connesso ad un obbligo di segnalazione al Dirigente (e, successivamente, al RPCT in sede di monitoraggio annuale); l'assegnazione della competenza in merito alla valutazione delle segnalazioni di possibili conflitti di interesse.

Il Codice di comportamento (da adottare) contiene disposizioni anche in merito all'obbligo di comunicazione circa

- l'adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, di cui all'art. 5 del DPR 62;

- la titolarità di partecipazioni azionarie in società accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale o comunque in società che svolgono attività che possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.

Nel corso del 2025/2026 si ritiene opportuno sensibilizzare il personale dipendente, con circolari o note della Direzione Strategica che ricordino a tutti gli obblighi di comunicazione previsti dalla normativa vigente; quindi sarà predisposta, se del caso, apposita modulistica da condividere con i Responsabili delle strutture aziendali.

Inoltre, anche per quanto riguarda i consulenti e collaboratori, all'atto dell'assegnazione dell'incarico i professionisti devono rendere apposita dichiarazione in merito alla insussistenza di conflitti di interessi. Nel 2022, come previsto dal PIAO e dal PTPCT 22/24 è stata inserita nei moduli una specifica previsione in merito all'obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione che possano costituire possibili conflitti di interesse.

Pertanto, la programmazione della misura generale in analisi prevede:

| Misura generale: obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitti di interesse | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------|
| Stato di attuazione al 31 gennaio 2024 | Fasi | Tempi di attuazione | Risultato atteso e Indicatori di attuazione | Soggetto responsabile |
| ATTUATA | Fase 1: collaboratori e consulenti - previsione in merito all'obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione | Modifiche apportate; nuovo modulo trasmesso alle strutture in data 21/6/2022 | Miglioramento della modulistica e maggiore garanzia nei rapporti con i professionisti esterni | RPCT |
| DA ATTUARE | Fase 2: adozione del codice di comportamento e, successivamente, elaborazione di una procedura specifica per la corretta gestione delle dichiarazioni | Biennio 2025-2026 | Diffusione della procedura a tutto il personale | RPCT / Direttore SSCC coinvolte |
| DA ATTUARE | Fase 3: Sensibilizzazione del personale con nota della Direzione | Trasmissione nota / circolari entro I trimestre successivo all'adozione del Codice | Maggiore consapevolezza del personale dipendente | RPCT / Direttore SSCC coinvolte |
| DA ATTUARE | Fase 4: valutazione della possibilità di | Entro il I semestre successivo | Diffusione della modulistica in | RPCT / Direttore |

| | | | | |
|-------------------------|---|--|--|---|
| | uniformare la modulistica relativa alle dichiarazioni di conflitti di interesse | all'adozione del Codice | tutte le Strutture | SSCC coinvolte |
| ATTUATA | Acquisizione delle dichiarazioni da parte dei dipendenti all'atto della nomina a RUP | All'occasione | Acquisizione del 100% delle dichiarazioni | Direttori delle SSCC competenti |
| ATTUATA | Acquisizione delle dichiarazioni da parte dei dipendenti che intervengono nella procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, o nella fase di esecuzione, in merito a interessi finanziari, economici o personali (art. 42 dlgs 50/2016) | All'occasione | Acquisizione del 100% delle dichiarazioni | Direttori delle SC competenti |
| ATTUATA – DA PROSEGUIRE | Monitoraggio annuale | Entro il 31.12 in occasione della Relazione annuale dei Direttori di Struttura al RPCT | Verifica dell'acquisizione delle dichiarazioni | RPCT e Direttori / Referenti delle SSCC coinvolte |

2.6 ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

L'art. 53 del D.lgs. 165/2001 prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati sottoponendola ad un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon

andamento della pubblica amministrazione. L'art. 53 è stato modificato anche dalla l. 190/2012 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione.

Sul punto va evidenziato che il D.L. n. 127 del 21.9.2021 (conv. L. 165/2021), così come modificato dall'art. 13 del D.L. 30.3.2023, n. 34 (conv. L. 26.5.2023, n. 56), all'art. 3 quater, ha introdotto la seguente previsione: *“1. Fino al 31 dicembre 2025, agli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità, al di fuori dell'orario di servizio non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Il Ministero della salute effettua periodicamente, e comunque ogni due anni, un monitoraggio sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo. 2. In ogni caso gli incarichi di cui al comma 1, per i quali non trovano applicazione gli articoli 15-quater e 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono previamente autorizzati, al fine di garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale nonché di verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, dal vertice dell'amministrazione di appartenenza, il quale attesta che la predetta autorizzazione non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica.”*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 12 luglio 2023 ha approvato il *“Documento sull'applicazione della disciplina in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006 ai sensi dell'articolo 3-quater del decreto legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, come modificato dall'articolo 13 del decreto legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito dalla legge 26 maggio 2023, n. 56”*e, in seguito, la Regione FVG ha approvato le *“Linee di indirizzo in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ai sensi dell'art.3-quater del D.L. 21.9.2021, n.127 convertito con L. 19.11.2021, n.165”*, facendo salva la possibilità per le Aziende di effettuare, nell'ambito delineato, scelte ulteriori e diverse in relazione alla propria struttura organizzativa e alle proprie peculiarità.

Per quanto riguarda l'ASUGI, con Decreto n. 26 del 18 gennaio 2024 è stato adottato il Regolamento in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto ai sensi dell'art. 3 quater del DL n. 127 del 21.9.2021 (conv. L. 165/2021), come modificato dall'art. 13 del D.L. 30.3.2023, n. 34 (conv. L. 26.5.2023, n. 56).

Inoltre, con Decreto del Direttore Generale n. 6 del 4 gennaio 2023 è stato adottato il nuovo Regolamento unificato delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali che ha sostituito integralmente i precedenti Regolamenti (ASUITS - decreto 149 del 21/2/2018 e AAS2 - decreto 461 del 24/9/2015-).

Come previsto nel PTPCT e nel PIAO, anche degli anni precedenti, nell'ambito della Relazione annuale trasmessa dai Responsabili delle Strutture aziendali al RPCT, è stato inserito un quesito relativo all'osservanza delle disposizioni in materia di svolgimento di incarichi extra-istituzionali. Delle risultanze delle relazioni è stato dato atto nella Relazione annuale del RPCT sull'anno PRECEDENTE pubblicata sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione.

Anche nel 2025 l'osservanza delle disposizioni anche aziendali in materia di incompatibilità e di incarichi extraistituzionali costituirà oggetto di monitoraggio in sede di relazione annuale richiesta ai responsabili delle articolazioni organizzative aziendali.

Per quanto riguarda il diverso ambito degli incarichi conferiti dall'amministrazione a propri dipendenti si rinvia a quanto previsto di seguito.

2.7 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

Il D.Lgs n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato delle particolari ipotesi di

- inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati 1) a soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 3), 2) in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza (artt. 5 e 8);
- incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati (artt. 10 e 14).

Per quanto riguarda, in particolare, le Aziende Sanitarie, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità riguardano:

a) nelle ipotesi previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs 39/2013 gli incarichi conferiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore dei servizi sociosanitari (atteso che l'incarico di direttore generale/ viene conferito dall'amministrazione regionale);

b) nell'ipotesi cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013 (condanne con sentenze anche non passate in giudicato per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del c.p.) i destinatari degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura semplice o complessa come individuati dalla delibera ANAC 1201/2019 (dirigenza tecnico-amministrativa)¹

¹ La CIVIT, con delibera n. 58/2013 precisava in origine che la disciplina dettata dal citato decreto legislativo era applicabile anche agli incarichi di direzione di struttura nelle Aziende del Servizio Sanitario, con esclusione delle sole strutture semplici inserite in altre strutture e prive di qualsiasi autonomia gestionale e amministrativa.

• Per il triennio 2025-2027, in relazione agli incarichi conferiti di direttore amministrativo, di direttore sanitario e direttore dei servizi sociosanitari, vengono confermati gli adempimenti previsti anche nei precedenti PTPTC, ovvero:

| Direttore Amministrativo – Direttore Sanitario – Direttore Sociosanitario | |
|--|-----------------------|
| Adempimenti e tempistiche | Soggetto responsabile |
| Preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità da parte del destinatario dell'incarico* (all'atto della nomina); | DG |
| Successiva, tempestiva, verifica, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti | RPCT |
| Pubblicazione della dichiarazione dell'interessato sul sito web aziendale contestualmente alla pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico | RPCT |
| Acquisizione annuale di una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e la conseguente pubblicazione sul sito web aziendale | RPCT |

*Si evidenzia che, per quanto riguarda le verifiche in merito alle inconferibilità e incompatibilità legate a candidature a cariche politiche o all'aver rivestito cariche politiche di cui al decreto 39,

Con orientamento n. 85/2014, l'ANAC, conformandosi alla pronuncia del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014, ha tuttavia stabilito che: "Non sussiste l'incompatibilità di cui all'art. 14, comma 2, lett. b) d.lgs. n. 39/2013 tra l'incarico di direttore medico di struttura complessa di un'azienda sanitaria locale e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione, in quanto la suddetta disposizione si applica ai soli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende sanitarie locali (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 12 novembre 2014, n. 5583)".

Con successiva delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, l'ANAC, ha confermato tale ultimo orientamento, ribadendo 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".

Infine, va registrato l'ultimo intervento dell'ANAC, con la delibera n. 1201 del 18.12.2019, nella quale l'Autorità si è così espressa: "Nelle aziende ospedaliere (quale genus di molteplici species di enti), infatti, non operano solo dirigenti medici- farmacisti- biologi- veterinari bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali".

Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medicosanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi questa Autorità ha ritenuto che valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013."

permane la criticità determinata dalla assenza di una banca dati locale o nazionale da utilizzare per le verifiche delle autodichiarazioni.

• In relazione al conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice ai dirigenti tecnico-amministrativi si prevede:

| Dirigenti professionali, tecnici, amministrativi / Conferimento incarichi di Struttura Complessa e Semplice | |
|--|---|
| Adempimenti e tempistiche | Soggetto responsabile |
| Acquisizione di una dichiarazione di assenza delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013, preventiva rispetto all'atto di nomina | Direttore SC Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione |
| Successiva verifica delle dichiarazioni rese, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti | RPCT |

2.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La L. n. 190/2012 – in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, l'art. 1, comma 46 della L. 190/2012 ha inserito l'art. 35 bis nel D. Lgs n. 165/2001, ponendo delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

In particolare l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, 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.

Anche il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Il PNA 2019 prevede che ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, le pubbliche amministrazioni siano tenute a prevedere nei PTPCT, le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono 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 della 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.

Come già previsto nei PIAO precedenti, permane tra i compiti dei dirigenti, ciascuno per la propria area di competenza, il verificare che la procedura per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse ed incompatibilità di cui al citato art 35-bis sia attivata per tutte le fattispecie, eventualmente implementando, ove necessario la relativa procedura o modulistica.

Inoltre, in data 3 maggio 2022, con Decreto del Direttore Generale n. 417 è stato adottato il Regolamento aziendale recante criteri per la nomina delle commissioni giudicatrici ai sensi dell'art. 77 del D.lgs. 50/2016 e s.m.e i. che sostituisce i precedenti regolamenti (ASUITs "Regolamento recante criteri per la nomina delle Commissioni di gara" -DCR 730 del 12/9/2018- e AAS2 "Regolamento aziendale per la nomina dei componenti le commissioni giudicatrici nei casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa"-DCR 469 del 5.9.2019).

In ogni caso permane l'obbligo di dichiarazione così come di seguito specificato:

| Misura generale: Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Stato di attuazione al 31.01.2025 | Fasi e tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Risultato atteso | Soggetto Responsabile |
| ATTUATA | Divieto di partecipazione a commissioni per | Numero di dichiarazioni | 100% | Direttore della Struttura |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------|--|
| | 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 di gara | acquisite | | competente |
| ATTUATA | Divieto di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi | Numero di dichiarazioni acquisite | 100% | Direttore SC Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione |
| ATTUATA | Divieto 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 | Numero di dichiarazioni acquisite | 100% | Direttore SC Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione |
| L'osservanza delle disposizioni costituirà oggetto di monitoraggio in sede di relazione annuale richiesta ai responsabili delle articolazioni organizzative aziendali. | | | | |

2.9 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (*pantouflage – revolving doors*)

L'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

L'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013, ha ampliato la platea dei destinatari del divieto, disponendo che, *“ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16 ter dell'art. 53 del d.lgs. n.165/2001, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico”*.

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs n. 165 del 2001, l'Azienda

- inserisce negli schemi tipo dei contratti di assunzione / incarico del personale la clausola recante il divieto di *pantouflage* (per i profili che svolgono le funzioni cui si riferisce l'art. 53 c. 16 ter);
- inserisce nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici e negli atti di convenzionamento con strutture private una clausola che preveda l'obbligo per l'operatore economico di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

Sul tema, l'ANAC è intervenuta sia in occasione dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione sia con il Piano Nazionale 2019, sia, da ultimo nel PNA 2022, nell'ambito del quale è stata inserita una sezione specificamente dedicata con precisazioni che riguardano sia l'ambito di applicazione, precisando tra l'altro che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento, *“collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (...) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione”* e precisando che la norma si applica anche ai soggetti legati all'amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo.

Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offrente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In sede di Relazione dei direttori di SC di fine anno al RPCT si procede alla verifica dell'attuazione degli adempimenti previsti nella presente sezione.

2.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (c.d. *whistleblower*)

In data 15 luglio 2023 hanno assunto efficacia le disposizioni contenute nel D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 *“Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto*

dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", in vigore dal 30 marzo 2023: il Dlgs 24 ha abrogato l'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001 e l'art. 3 della L. 179/2017 modificando profondamente la disciplina del *whistleblowing*.

In particolare sono state introdotte diverse novità in materia tra le quali l'ampliamento degli illeciti oggetto di segnalazione, l'estensione delle tutele anche a soggetti diversi dal segnalante, la maggiore incisività dei poteri e dei compiti dell'ANAC.

Ad oggi in ASUGI è vigente il "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e per la garanzia delle relative forme di tutela" adottato con DCR del Direttore Generale n. 1117 del 24.12.2021, aggiornato, allora, in base alle Linee Guida ANAC adottate con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021.

Il Regolamento pubblicato sul sito web aziendale sia nella sezione Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali che nella sezione Altri contenuti / Prevenzione della corruzione, era stato redatto sulla base delle previsioni dell'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001, "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", introdotto nel 2012 dalla L. n. 190, e, successivamente rivisto e modificato dalla L. 30.11.2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro", entrata in vigore il 29 dicembre 2017.

Nel 2023, come previsto dal PIAO 2023-2025 è stato predisposto, in ottemperanza alla normativa 2023, il nuovo *Regolamento riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione Europea – procedura per la presentazione e la gestione delle segnalazioni interne*, trasmesso alla Direzione Amministrativa per le dovute valutazioni in data 21.12.2023.

Nel corso del I semestre 2025 si provvederà all'adozione del su citato Regolamento.

Sarà inoltre valutata la fattibilità dell'introduzione di una piattaforma informatica per la raccolta delle segnalazioni che consenta di garantire la riservatezza del segnalante, così come previsto dalla normativa vigente.

2.11 LA FORMAZIONE

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai

sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

La disciplina relativa alla formazione del personale anche in materia di prevenzione della corruzione è contenuta, a partire dall'anno 2014, nel Piano annuale e ivi trova specifica previsione anche per gli aspetti di budget; la tempistica del Programma delle attività si ritrova in una delle azioni del cronoprogramma.

Ai Responsabili delle strutture aziendali, entro il 30 novembre di ogni anno (o entro diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione annuale ad ANAC), viene richiesto di segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione il fabbisogno di formazione del personale della propria struttura in materia di anticorruzione e trasparenza.

Sulla base di tali segnalazioni, il RPCT, sentiti i Referenti, definisce annualmente i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria.

In via generale, i percorsi di formazione possono essere di livello generale e dedicati a tutti i dipendenti dell'Azienda (come previsto ad esempio in occasione dell'adozione di nuovi Codici di comportamento, nuovi Codici disciplinari, o dell'entrata in vigore di normativa di carattere generale come avvenuto con il Regolamento europeo sulla protezione dei dati, etc), e percorsi di formazione di livello specifico rivolti ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Responsabili di struttura, ai Referenti e a tutti i soggetti, anche privi di qualifica dirigenziale, addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione.

Nel corso del 2024 si è svolto un corso in materia di protezione dei dati personali in sanità destinato, tra l'altro, a tutti i Direttori delle Strutture sanitarie aziendali.

In generale, la partecipazione ai corsi di formazione in materia è obbligatoria per i destinatari della stessa e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dal presente Piano.

2.12 PATTI DI INTEGRITÀ

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espreso impegno anti corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Con Decreto del Direttore Generale n. 418 del 3 maggio 2022 è stato adottato il nuovo Patto d'Integrità per appalti, servizi, forniture e lavori che ha sostituito i patti d'integrità delle precedenti Aziende (adottato per ASUI TS con decreto DG n. 652 del 26/10/2016 e per AAS2 con DCR n. 258 del 26/5/2016).

Il patto d'integrità è pubblicato sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente / Bandi di gara e contratti / Patto d'integrità per appalti, servizi, forniture e lavori.

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al RPC.

2.13 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

L'art. 1 comma 28 della L. 190/2012 stabilisce l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di provvedere al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. Il Dlgs 33/2013, all'art. 24 prevedeva l'obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale, nella sezione amministrazione trasparente, dei risultati del suddetto monitoraggio periodico.

Anche su questo punto è intervenuto il Dlgs 97/2016, che ha abrogato l'art. 24 del Dlgs 33.

A gennaio 2017, l'ANAC, nella delibera n. 1310, ha precisato quanto segue:

“L'art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, si precisa che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione.”

Il monitoraggio concernente il rispetto dei tempi procedurali resta un obbligo in capo ai singoli responsabili di struttura, che devono conservarne la relativa documentazione e che hanno l'obbligo di segnalare al RPCT su base semestrale solo le situazioni in cui si sia verificato il mancato rispetto dei tempi e le motivazioni dello stesso.

Nel 2025, così come avvenuto nel biennio precedente, sarà cura del RPCT trasmettere una comunicazione in merito agli obblighi di monitoraggio al fine di ricordare alle strutture l'obbligo di esecuzione e di conservazione della documentazione attestante i monitoraggi svolti.

2.14 SEGNALAZIONE DI OPERAZIONI SOSPETTE

Con il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90, il legislatore ha imposto una serie di "obblighi di adeguata verifica della clientela" (del titolare "effettivo" della società con cui si contrae); inoltre ha imposto l'obbligo anche per la P.A. di segnalare le operazioni sospette all'Unità di informazione finanziaria (di seguito UIF) istituita presso la Banca d'Italia.

Nel PNA 2022 l'ANAC ha ribadito che le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio), al pari dei presidi anticorruzione, "sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale".

La UIF con provvedimento del 4 maggio 2011 ha dettato le prime "Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette", da ultimo aggiornandole con provvedimento del 23 aprile 2018 recante "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni".

Per l'individuazione delle "operazioni sospette" di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo si fa riferimento al Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 e al citato provvedimento Banca d'Italia-UIF del 23 aprile 2018, recanti gli indicatori di anomalia nelle transazioni finanziarie.

Il suddetto decreto in particolare, emanato esplicitamente per la P.A., ribadisce all'art. 4 l'obbligo di segnalazione e reca in allegato una serie di indicatori di anomalia nelle transazioni, in presenza dei quali la P.A. è tenuta a segnalare l'operazione all'UIF.

Per quanto riguarda ASUGI, come previsto dal PIAO 2024-2026, con Decreto del Direttore Generale n. 1045 del 2024 è stato adottato il Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

3. MISURE ULTERIORI DI CARATTERE SPECIFICO

Anche per quanto concerne l'individuazione di misure di carattere specifico, si ribadisce la necessità che le stesse siano predisposte nell'ambito di un percorso condiviso con la Direzione e le strutture aziendali che si occupano della stesura del bilancio, del piano attuativo e degli obiettivi aziendali.

Posto quindi che, come già accennato in precedenza, il termine per l'adozione del Programma attuativo e del bilancio aziendale è fissato al 31 gennaio 2024, l'ASUGI si riserva di procedere con l'individuazione di misure specifiche ulteriori rispetto a quelle di seguito descritte nell'ambito dell'adozione definitiva del PIAO che avverrà nei termini previsti dall'art. 8 del DM 30/6/2022.

3.1 SETTORE DEL PERSONALE:

- a) Adozione del nuovo Regolamento in tema di partecipazione del personale aziendale ad eventi finalizzati all'aggiornamento e alla formazione con spese a carico di soggetti terzi;
- b) Predisposizione del Regolamento relativo al reclutamento del personale dipendente mediante avviso;
- c) Unificazione del Regolamento per la disciplina della mobilità;
- d) trasmissione di un *report* annuale al RPC degli incarichi dirigenziali affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l'incarico è stato conferito, dell'oggetto, dell'importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva;
- e) mappatura degli incarichi affidati a dipendenti e a esterni e verifica dell'assoggettabilità agli obblighi di comunicazione / pubblicazione.

Con riferimento al nuovo sistema degli incarichi del personale del comparto si richiama interamente quanto esposto nel testo del PIAO, alla sezione 3.1 – Struttura organizzativa, paragrafo rubricato “Stato di attuazione del nuovo sistema degli incarichi del comparto ai sensi del CCNL/2022”.

3.2 SETTORE AFFARI LEGALI

Si conferma anche per il triennio 2025-2027 l'obbligo per la SC Affari Legali e Assicurazioni di effettuare gli opportuni controlli sull'esistenza di partecipazioni azionarie dei dipendenti

aziendali nelle strutture sanitarie accreditate con il SSR, con successiva comunicazione, annuale o in base ad eventuali esigenze specifiche, al RPCT.

3.3 SETTORE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE – CONTRATTI PUBBLICI

- a) Digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti ai sensi del D.lgs. 36/2023, e, tra le altre, delle Delibere ANAC n. 582 del 13.12.2023, 261 del 20.6.2023 come modificata dalla delibera n. 601 del 19.12.2023;
- b) trasmissione di report annuale al RPC, entro il 15/2 di ogni anno per il periodo precedente, relativo alle eventuali segnalazioni ricevute in sede di gara da operatori economici su clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- c) divieto di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che abbiano svolto o potrebbero svolgere altre funzioni o incarichi tecnici o amministrativi relativamente al contratto del cui affidamento si tratta;
- d) divieto, per coloro che hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte, relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto;
- e) tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
- f) con riferimento al procedimento di riqualificazione del comprensorio di Cattinara e realizzazione nuovo ospedale pediatrico infantile Burlo Garofolo: trasmissione di report semestrale all'RPC inerente i subappalti e i SAL, nonché trasmissione, a seguito dell'adozione, dei provvedimenti riguardanti le varianti;
- g) rispetto della delibera ANAC n. 122/2022 in relazione alla richiesta del CIG ordinario per tutti gli affidamenti (anche sotto i 40.000 euro) finanziati con le risorse del PNRR e del PNC.

Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione (se presente);
- oggetto e natura dell'appalto;
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi;

- importo dell'appalto;
- termini temporali dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione, progettisti e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP

Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori

Le attività relative alla programmazione e acquisizione di beni e servizi si svolgono, ai sensi della normativa vigente, nel contesto sancito dal legislatore nazionale e regionale (d. lgs. 50/2016; L.R. 17/2014 come modificata dalla L.R. 27/2018), ed in costante relazione con CONSIP e con Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (subentrata ad EGAS), centrale di committenza per gli enti del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, nonché con la Centrale Unica di Committenza della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.

L'A.R.C.S. svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi.

Le attività di acquisizione di forniture di lavori, beni e servizi sono strettamente conseguenti alla valutazione dei relativi fabbisogni e alla pianificazione degli interventi, nella cornice delle disposizioni normative e linee guida della Regione, dei relativi finanziamenti, e della conseguente redazione dei programmi aziendali.

L'Azienda procede, quindi, alla programmazione dei fabbisogni di lavori, beni e servizi, comunicandoli periodicamente – per lo svolgimento delle relative procedure di acquisizione - all'ARCS, nonché svolgendo autonomamente le procedure per le acquisizioni in conformità al contesto sopra delineato.

Nomina RASA

È stato nominato un unico soggetto, il dott. GUIDO Antonio, preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

Si segnala che nel 2024 sono stati adottati, in attuazione di quanto previsto nel PIAO 2024-2026:

- il Regolamento aziendale relativo alla nomina e alle funzioni del Responsabile Unico del Progetto, del Direttore dell'esecuzione del Contratto e del Direttore dei Lavori, con Decreto n. 1014/2024;
- il Regolamento per l'affidamento dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, ai sensi del D.Lgs. 36/2023, con Decreto n. 1011/2024.

3.4 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI E LISTE D'ATTESA

L'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. e i. prevede la stipula di accordi contrattuali con le strutture private accreditate al fine dell'erogazione da parte delle stesse di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per conto del Sistema Sanitario Nazionale.

La L.R. 16 ottobre 2014, n. 17 di riordino del Servizio Sanitario Regionale prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse.

Con delibera di Giunta regionale, di norma ogni tre anni, viene approvato l'accordo tra la Regione e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate. L'accordo stabilisce le risorse economiche che, per il tramite delle Aziende, sono annualmente destinate ai singoli erogatori privati, espressamente individuati nelle tabelle contenute nell'accordo medesimo.

Quindi l'accordo prevede che l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse, tenuto conto del piano regionale dei tempi di attesa.

Le strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di ricovero, ambulatoriali e/o diagnostica, per conto del SSR a favore di assistiti della regione FVG e di altre Regioni, devono essere accreditate con decreto regionale e devono essere autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria con provvedimento rilasciato dall'ASUGI.

Gli accordi sottoscritti con le strutture private sono tutti pubblicati sul sito web aziendale nella sezione *Amministrazione trasparente / Strutture sanitarie private accreditate*.

L'ASUGI in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa, procede ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati per eventuali modifiche e/o integrazione degli accordi stipulati.

Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un piano di prenotazione delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale sui 12 mesi e l'adesione alle agende CUP (centro unico di prenotazione) regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica. Le strutture si impegnano inoltre a garantire i volumi minimi e massimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" (breve – differita – programmata). Il CUP gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali con la prenotazione mensile dei volumi minimi erogativi, suddivisi

proporzionalmente nell'arco dei dodici mesi, ed è facoltà dell'azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità.

Specifici obiettivi di monitoraggio, verifica e controllo sono affidati alle strutture aziendali competenti.

In particolare, per l'anno 2025 si prevedono i seguenti adempimenti:

- a. Analisi delle potenziali situazioni di conflitto di interessi nell'ambito delle verifiche presso le strutture private accreditate
- b. Analisi delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti di competenza e rispetto degli accordi Aziendali delle strutture private accreditate.

3.5 SETTORE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Come previsto dal PIAO 2024-2026

- È stato adottato il Regolamento unificato per l'esercizio della libera professione intramuraria (dcr 551/2024)
- È stata completata e implementata la predisposizione della procedura relativa ai controlli propedeutici alla liquidazione dei compensi ("flussi liquidazione prestazioni ALPI").

3.6 SETTORE FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE, INFORMAZIONE SCIENTIFICA:

- a) E' stata trasmessa in data 3.10.2024, alla Direzione Strategica, la bozza di regolamento unico sulle procedure di effettuazione delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani, incluse le sperimentazioni multicentriche, che comportano l'impiego di farmaci e dispositivi medici nell'ambito delle strutture dipendenti;
- b) produzione periodica di un report con l'evidenza delle partecipazioni autorizzate, da parte dei soggetti autorizzatori;
- c) nel 2024 è stata predisposta la sezione del sito web aziendale dedicata alla Ricerca al fine di garantire trasparenza nella gestione delle procedure;
- d) utilizzo della modulistica uniforme per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto d'interesse per il personale che partecipa alle Commissioni nel settore della farmaceutica, introdotta nel 2022.

3.7 SERVIZIO ISPETTIVO

Sarà valutata dalla Direzione strategica la possibilità di dare impulso al Servizio Ispettivo aziendale, a seguito della nuova organizzazione conseguente alla attuazione dell'Atto Aziendale di ASUGI.

3.8 ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI

Negli ultimi anni, la Direzione Amministrativa – sulla scorta anche delle esperienze già maturate per le finalità di cui al precedente punto e in occasione della nuova organizzazione come delineata dall'Atto Aziendale – ha inteso promuovere la visione innovativa di un'organizzazione più funzionale in quanto articolata per processi, intesi come attività omogenee e correlate dal punto di vista dell'*output*, formalizzando anche i relativi *process owner*. Nel 2023, in particolare, la SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio ha svolto un'attività formativa sulla gestione dei processi nei confronti del personale amministrativo dei distretti territoriali e delle strutture sanitarie ospedaliere. Si prevede, al riguardo, la prosecuzione dell'attività informativa/formativa a supporto dei responsabili delle articolazioni organizzative e dei collaboratori che saranno coinvolti, sia in ambito tecnico amministrativo che sanitario.

3.9 PUBBLICAZIONE DI ATTI CONCERNENTI INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA

Come previsto dall'art. 42 del D.lgs. 33/2013, le strutture aziendali di volta in volta coinvolte, in quanto unità organizzative che istruiscono i relativi atti, provvedono a trasmettere all'Ufficio di supporto del RPCT i provvedimenti contingibili e urgenti adottati e i provvedimenti di carattere straordinario, unitamente alle ulteriori informazioni soggette a obbligo di pubblicazione in base al su citato art. 42.

3.10 ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

La gestione delle strutture mortuarie ha forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi si concentrano in questo particolare ambito.

Le problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, impongono, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, un'appropriata modalità di gestione.

Vanno quindi adottate misure che devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

AAS2 si era dotata di un protocollo al fine di garantire che l'individuazione dei servizi di onoranze funebri derivi da scelta autonoma dei familiari del defunto, al di fuori della struttura ospedaliera, senza condizionamenti da parte di dipendenti aziendali o delle ditte appaltatrici del servizio mortuario aziendale.

La procedura in essere viene confermata e mantenuta per il presidio ospedaliero di Gorizia – Monfalcone dell'ex AAS2, tenuto conto che l'appalto in essere riguarda unicamente la parte isontina dell'azienda.

4. MONITORAGGIO E RIESAME

Il processo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure.

Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Responsabili delle articolazioni aziendali (con il supporto dei Referenti), limitatamente alle strutture ricomprese nell'area di rispettiva pertinenza, l'OIV nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

I Responsabili delle articolazioni aziendali, anche con il supporto dei Referenti, verificano, con cadenza almeno annuale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione alla fine di ogni anno di ogni anno.

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure viene previsto un processo di monitoraggio e aggiornamento sull'efficacia del Piano e delle misure anticorruzione adottate, effettuato dal RPCT col coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio che vi concorrono.

Il monitoraggio è volto ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte motivate di modifica/integrazione utili ai fini dell'aggiornamento dei piani e delle attività cui si riferiscono e quindi alla prevenzione del rischio a livello aziendale.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari, dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva e le segnalazioni pervenute dall'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio).

Il monitoraggio relativo all'anno 2024 è consultabile all'Allegato 5 del presente Piano.

Gli adempimenti previsti nel PIAO 2025-2027 saranno declinati in specifici obiettivi annuali assegnati ai Responsabili delle Strutture aziendali nell'ambito del processo di budget.

5. CRONO PROGRAMMA E AZIONI CONSEGUENTI ALL'ADOZIONE DEL PIANO

In seguito all'approvazione del presente PIAO 2025-2027 ed in attuazione degli ulteriori adempimenti previsti dalla legge n. 190 del 2012 e s.m.i., nell'allegata tabella sono riepilogati gli adempimenti anticorruzione nel rispetto dei tempi ivi indicati (All. 6).

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 12/06/2025 14:56:38

IMPRONTA: 26F381A306D86C5A760CD02297A93A6C847A79FA879480682C32C3F19F4CD5A7
847A79FA879480682C32C3F19F4CD5A77C1CFDC0D109ADAD7A50816E3F09F9BA
7C1CFDC0D109ADAD7A50816E3F09F9BA002F893A9E56418D907388F611AC4293
002F893A9E56418D907388F611AC42934BEEEF19214C9F1F200FC8AD12CEC93E

NOME: GIULIO ANTONINI

CODICE FISCALE: NTNGLI66S23L736J

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:04:38

IMPRONTA: 0E34097549DEA255F5AF345500D2ECD1EE5C5B802AEF290A06CA5FF430C06B4A
EE5C5B802AEF290A06CA5FF430C06B4A51E5ED6C42A60B8DEAB26244170184BA
51E5ED6C42A60B8DEAB26244170184BA3B55C98E60179DB93B7BCA2337AC2D68
3B55C98E60179DB93B7BCA2337AC2D68B4283B311BAF86902E19A2DDB90C863C

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483B

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:16:35

IMPRONTA: 4A2476F7DA0756B3D8D89D52B2F23B9349CE8DFD3C7A98D24CD6A3E9789E2ADE
49CE8DFD3C7A98D24CD6A3E9789E2ADE7162EEC69B7EBC1EDEAE3A346A6B23BF
7162EEC69B7EBC1EDEAE3A346A6B23BF58BC14F33093C07A9A36E97D2BDF1056
58BC14F33093C07A9A36E97D2BDF10567EB32FF7EAD81BD261C79F791C4C6167

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:30:09

IMPRONTA: AA40447F021E6578813A97B578BCEF29CC60FC64D376AD1BD9781B90EE73401A
CC60FC64D376AD1BD9781B90EE73401A6B32A8CEA740113B9B1817699B9CD46D
6B32A8CEA740113B9B1817699B9CD46D39A597BD4968A575726AD546498B4142
39A597BD4968A575726AD546498B4142B16C92466DCEA6CD62E23D12DD500D01