



 ISTITUTO GIANNINA GASLINI ISTITUTO PEDIATRICO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2021-2023 dell'Istituto Giannina Gaslini	 Joint Commission International
		PTPC 2021-2023

***Piano triennale della Prevenzione della
Corruzione 2021-2023 dell'Istituto
Giannina Gaslini approvato con
Deliberazione del Consiglio di
Amministrazione n. 11 del 15/03/2021***

SOMMARIO

I.	Storia del documento	4
II.	Definizioni, acronimi e abbreviazioni	4
CAPITOLO 1		5
PREMESSA		5
1.1.	Definizione del concetto di corruzione nella P.A.	5
1.2.	Oggetto e finalità del Piano per la Prevenzione della Corruzione.	6
1.3.	Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e Delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016.....	7
1.4.	Coordinamento con il Piano della Performance ed il Programma sulla trasparenza. Obiettivi aziendali ed azioni di raccordo.	8
1.5.	Analisi del contesto interno ed esterno.	10
1.6.	Programma triennale per la Trasparenza ed Integrità e Modello 231.	12
CAPITOLO 2		17
I SOGGETTI		17
2.1.	Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).	17
2.2.	I Dirigenti	19
2.3.	I Dipendenti	21
2.4.	Il Gruppo di lavoro delle Aziende Sanitarie della Regione Liguria.....	22
CAPITOLO 3		24
MAPPATURA AREE A RISCHIO		24
3.1.	Individuazione di attività a rischio corruzione e misure di prevenzione	24
3.2.	Valutazione del grado/livello di esposizione al rischio.....	25
3.3.	Tabella: livello di rischio per singola attività e misure di prevenzione	26
CAPITOLO 4		27
GESTIONE DEL RISCHIO: STRUMENTI DI FORMAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI DECISIONALI		27
4.1.	Comunicazione/Relazione delle decisioni assunte per singole aree/attività.	27
4.2.	Comunicazione/Relazione tempistica per la conclusione dei procedimenti	27
4.3.	Comunicazione/Relazione rapporti a valenza economica tra l'Istituto e i terzi.....	28
4.4.	Rotazione degli incarichi	28
4.5.	Conferimento/autorizzazione incarichi	29
4.6.	La formazione del personale in materia di prevenzione della corruzione.....	31

4.7.	Forme di controllo	34
CAPITOLO 5	38
SISTEMA DI VALUTAZIONE E PROCEDIMENTO DISCIPLINARE QUALI STRUMENTI DI PREVENZIONE E REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE	38
5.1.	La valutazione	38
5.2.	Codice di comportamento e procedimento disciplinare.....	38
5.3.	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti	39
ALLEGATI 1 e 2.....	42

I. Storia del documento

Rif.	Data	Proponente	Soggetti	Attività
1	22/10/2020	RPCT	Stakeholder	Invito a proporre osservazioni al PTPCT 20-22
2	15/03/2021	RPCT	Consiglio di Amministrazione	Approvazione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2021-2023 dell'Istituto Giannina Gaslini.
Livello diffusione			Sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente"	

II. Definizioni, acronimi e abbreviazioni

A.N.A.C. Autorità Nazionale Anticorruzione per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex C.I.V.I.T.)

A.V.C.P. Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture

C.I.V.I.T. Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ora A.N.A.C.)

C.U.G. Comitato Unico di Garanzia

D.F.P. Dipartimento Funzione Pubblica

O.I.V. o N.V. Organismo Indipendente di valutazione o Nucleo di Valutazione

O.d.V. Organismo di Vigilanza

P.N.A. Piano Nazionale Anticorruzione

P.T.F. Piano Triennale di Formazione

P.T.P.C. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

P.T.T.I. Piano Triennale Trasparenza e Integrità

RPC Responsabile Prevenzione Corruzione

RPCT Responsabile Prevenzione Corruzione e trasparenza

RPD Responsabile della Protezione dei Dati

RASA Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

U.O.C. Unità Operativa complessa

U.O.S.D. Unità Operativa semplice dipartimentale

U.O.S. Unità Operativa semplice

T.A.R. Tribunale Amministrativo Regionale

U.P.D. Ufficio Procedimenti Disciplinari

U.R.P. Ufficio per le Relazioni con il Pubblico

CAPITOLO 1

PREMESSA

1.1. Definizione del concetto di corruzione nella P.A.

La corruzione e, più in generale, il malfunzionamento dell'amministrazione ad essa sotteso, assume nel settore pubblico connotati di particolare complessità nella sua definizione e peculiare nocività delle sue conseguenze.

Il concetto di corruzione rilevante ai fini del presente Piano, così come definito dal Dipartimento della Funzione Pubblica con la circolare n. 1/2013, è un concetto ampio che *“comprende le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati”*, individuando, dunque, un ampio ventaglio di fattispecie che ingloba non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II Capo I del codice penale ma *“anche quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite”* ovvero *“l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo”*(Come ulteriormente specificato nel Piano Nazionale Anticorruzione 2015 - Determina 831 del 03/08/16).

L'ANAC fornisce una definizione di corruzione secondo il sistema della L. 190/2012, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la *maladministration*, intesa come assunzione di decisioni (di assetto, di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Per la piena applicazione della normativa anticorruzione occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La corruzione declinata nelle sue numerose fattispecie, insieme con il malfunzionamento dell'amministrazione, ha un costo per la collettività, non solo diretto - quale può essere l'ipotesi di pagamenti illeciti - ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare gli stessi valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.

1.2. Oggetto e finalità del Piano per la Prevenzione della Corruzione.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2012 è stata pubblicata la Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*. La Legge è entrata in vigore il 28 novembre 2012. Con questo intervento normativo sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia.

L’obiettivo principe dell’agere delle pubbliche amministrazioni, pertanto, in ossequio al nuovo dettato normativo sopramenzionato, ha necessitato della predisposizione di Piani Triennali della prevenzione della Corruzione e trasparenza con cadenza annuale, al fine di attivare forme efficaci per la prevenzione ed il contrasto al fenomeno corruttivo mediante una indispensabile fase di valutazione del livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione ed una conseguente coerente pianificazione e programmazione degli interventi organizzativi volti a ridimensionarne progressivamente l’entità.

La legge n. 124 del 7 agosto 2015 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, all’art.7, sottolinea la necessità della *“precisazione dei contenuti e del procedimento di adozione del PNA, dei Piani di prevenzione della corruzione e della relazione annuale del Responsabile, anche attraverso la modifica della relativa disciplina legislativa, ai fini della maggiore efficacia dei controlli in fase di attuazione, della differenziazione per settori e dimensioni, del coordinamento con gli strumenti di misurazione e valutazione delle performance nonché dell’individuazione dei principali rischi e dei relativi rimedi, conseguente ridefinizione dei ruoli, dei poteri e delle responsabilità dei soggetti interni che intervengono nei relativi processi”*.

L’attuale Piano si articola nell’individuazione delle attività, afferenti tanto all’area più squisitamente sanitaria quanto a quella prettamente amministrativa, maggiormente esposte al rischio di corruzione per poi prevedere, per le stesse, adeguati meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio della corruzione come sopra definita.

Particolare attenzione viene posta sui soggetti operanti nell’Istituto che, in ragione della rispettiva qualifica e funzione, determinano, partecipano e condividono la formazione e la gestione di processi, procedure e procedimenti nei settori precedentemente individuati quali maggiormente o relativamente a rischio.

Il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell’esperienza che si maturerà nel tempo. Per il prossimo triennio particolare importanza avrà il progressivo adeguamento alla nuova realtà aziendale conseguente all’attuazione del Piano strategico per il quinquennio 2021- 2025 in corso di elaborazione.

1.3. Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e Delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016.

Nel settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, trattando il diritto alla salute del cittadino, vengono gestiti processi i cui effetti vengono maggiormente percepiti dalla collettività.

E' in questo contesto che si inserisce l'aggiornamento - Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e la successiva determina ANAC n. 831 del 03 agosto 2016 - che ha inteso fornire indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del PNA approvato nel 2013, sottolineando l'introduzione del maggior numero di misure di prevenzione, concrete ed efficaci, verificabili nella loro realizzazione.

L'obiettivo è certamente quello di contrastare il più possibile i potenziali fattori di condizionamento al fine di rendere più "leggibile" l'attività del servizio sanitario e della sua complessa organizzazione.

Per sua stessa natura, il presente Piano si presenta come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono affinati nel corso del tempo, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione, configurandosi, dunque, come atto di un processo caratterizzato da continuo sviluppo e progressiva revisione ed implementazione.

Per raggiungere tali obiettivi, però, non si può prescindere dalle ridotte dimensioni organizzative e dalla mancanza di risorse tecniche adeguate, tanto che l'ANAC, con la Determinazione summenzionata, ha richiesto l'analisi di tutte le aree di attività e la mappatura dei processi al fine di valutarne il rischio, concedendo per l'individuazione degli stessi nell'arco temporale di due annualità.

In Istituto, con provvedimento n. 753 del 11/09/2017, a seguito della riorganizzazione aziendale di cui alla delibera del CDA n. 116 del 03/08/2017, è stato dato mandato ad un gruppo di lavoro composto dal Direttore del Dipartimento di staff, dal RPCT e dall'OdV di procedere alla mappatura dei processi e dei procedimenti amministrativi. Il Gruppo di lavoro doveva essere affiancato da un ingegnere gestionale con la funzione di Innovation Manager che è stato individuato con deliberazione del Direttore Generale n. 969 del 26 novembre 2018, *"per avviare una complessiva riorganizzazione dei processi dell'area tecnico-amministrativa e sanitaria coordinata con gli strumenti di governo clinico dei processi di cura"* ma di fatto questa figura è stata impegnata su altre priorità e non ha contribuito alla mappatura dei processi. A questo percorso interno si è sovrapposto il lavoro di rete dei RPCT delle Aziende Sanitarie liguri. La mappatura dei processi allegata al piano è frutto del lavoro del Gruppo Regionale ed è materiale messo a disposizione del gruppo di lavoro interno che dovrebbe renderlo costantemente aderente alla realtà aziendale. Tale percorso è stato inoltre ostacolato dalla forte turnazione del personale del comparto e dirigenziale, dovuta a pensionamenti e precariato. All'interno della turnazione del personale è di particolare evidenza l'assunzione nel 2020 di due direttori di struttura complessa in aree particolarmente

sensibili ai fini della prevenzione della corruzione, quali l'area degli acquisti e dei lavori. In particolare la U.O.C. Acquisti di beni e servizi è rimasta per diversi anni senza un direttore ad essa specificatamente dedicato. I processi di acquisto e le misure di prevenzione andranno rivisti contestualmente alla nuova allocazione delle risorse di personale sulla base della riorganizzazione della UOC che vorrà imprimere il nuovo Direttore. Inoltre è in atto un percorso che poco dopo l'adozione del presente PTPC porterà all'adozione di un Piano strategico aziendale per il quinquennio 2021-2025, che probabilmente porterà ad una revisione dell'organizzazione aziendale e di numerosi processi. Dunque una nuova e più dettagliata mappatura di questi ultimi potrà essere effettuata all'esito di tale percorso nel corso del biennio 2021- 2022, sempreché vengano destinate a tale incumbente appropriate risorse che non possono essere reperite *tout court* nell'esiguo organico attualmente assegnato alla UOC Affari Generali e Legali.

1.4. Coordinamento con il Piano della Performance ed il Programma sulla trasparenza. Obiettivi aziendali ed azioni di raccordo.

Al fine di garantire l'individuazione e la piena conoscibilità dei procedimenti, processi e provvedimenti posti in essere, con evidenza dei soggetti responsabili della loro puntuale attuazione, l'Istituto persegue un modello di integrazione tra il presente Piano, il Piano della Performance ed il Programma sulla Trasparenza (cui è dedicata una sezione del documento), così come richiesto nella Determinazione ANAC n.12/2015.

Le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, così come le misure di prevenzione devono essere tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro Dirigenti, sia per la performance individuale che per la performance organizzativa.

L'Istituto definisce la programmazione delle attività attraverso il processo di negoziazione di budget di ciascuna struttura sanitaria, clinico assistenziale ed amministrativa. È proprio in sede di definizione del budget annuale che l'Istituto e le singole strutture operative aziendali si impegnano a perseguire gli obiettivi.

In materia di Trasparenza questo Istituto ha intrapreso una serie di iniziative finalizzate a garantire un'amministrazione più aperta da realizzare attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. Ciò, oltre a migliorare i servizi al cittadino, aumenta la possibilità di controllo da parte degli *stakeholder* sull'operato dello stesso.

In particolare nel corso del 2021 è stata programmato lo sviluppo di un applicativo web per la sezione del sito dedicata all'Amministrazione Trasparente che consenta maggiori automatismi nel caricamento dei dati nonché una più facile e chiara accessibilità ai contenuti da parte dell'utenza. Il

processo di acquisizione del suddetto servizio di sviluppo, commissionato alla Società "in house" Liguria Digitale S.p.A., è stato avviato con deliberazione n. 148 del 03/03/2021.

Con questa strategia, l'Istituto si propone, pertanto, di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. Assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini.
2. Rendere conto della correttezza e della efficacia degli atti adottati.
3. Consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.
4. Favorire un rapporto diretto tra l'amministrazione e il cittadino.
5. Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Istituto.

L'obiettivo strategico di coordinamento delle iniziative volte a garantire la trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, è declinato in obiettivi operativi che l'Istituto si impegna ad assegnare a tutte le strutture sanitarie, amministrative ed assistenziali in sede di prossima approvazione del budget.

Gli obiettivi formulati nel piano della trasparenza sono strettamente correlati alla programmazione strategica e operativa dell'Amministrazione definita nel Piano della Performance.

Il Piano della Trasparenza riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale e della prevenzione della corruzione, in quanto, consente la piena conoscibilità dei programmi di attività dell'azienda, del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale di tutta la documentazione di riferimento.

A tal fine, il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione e tutti i Direttori e Dirigenti impegnati a vario titolo nella gestione del ciclo della performance, operano in stretto coordinamento per attivare ogni iniziativa mirata alla più efficace e tempestiva diffusione dei flussi informativi ad esso inerenti, consentendo da parte dell'ANAC, del Ministero della Salute, dell'AGENAS, un'attività di verifica e monitoraggio delle performance organizzative, economiche, di idonei interventi clinici e di efficienza gestionale.

L'Istituto, mediante relazione annuale del Responsabile per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione, pubblicata sul sito aziendale entro il 31 gennaio dell'anno successivo (per il solo anno 2021 il termine è posticipato al 31 marzo) nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", secondo gli standard prefissati dall'ANAC (vedi da ultimo il comunicato del Presidente dell' Anac del 21/11/2018), ha evidenziato sia i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi prefigurati in tema di contrasto del

fenomeno della corruzione sia le criticità riscontrate, sottolineando l'impegno per una maggiore cooperazione tra tutti i soggetti responsabili coinvolti nel processo attuativo.

1.5. Analisi del contesto interno ed esterno.

La disamina del contesto interno ed esterno è stata sviluppata, anche nel corso dei lavori propedeutici all'adozione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D. Lgs. 231/01 (di cui si darà atto in seguito) attraverso una puntuale analisi dei punti di forza e di debolezza finalizzata a fornire una visione integrata dello scenario in cui si opera.

Per ciò che concerne il contesto esterno sono state esaminate le forze, i fenomeni e le tendenze di carattere generale che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano le scelte ed i comportamenti di tutti gli attori del sistema in cui l'Istituto si colloca.

Per quanto riguarda il contesto interno si è invece proceduto allo *screening* di tutti gli elementi che compongono la struttura organizzativa ed incidono sulla stessa.

Analisi del Contesto Interno

L'Ospedale Giannina Gaslini è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Inizia la sua attività nel 1938 per un atto d'amore e di solidarietà del senatore Gerolamo Gaslini che, in ricordo della figlia Giannina, morta in tenera età, si assegna la missione di progettare e realizzare un grande ospedale pediatrico europeo a forte vocazione scientifica per assicurare all'infanzia la migliore assistenza possibile, sostenuta dalla ricerca più innovativa. Fin dalla sua fondazione Gerolamo Gaslini organizza all'interno dell'Istituto la presenza dell'Università di Genova con le proprie cattedre di pediatria al fine di assicurare all'assistenza il supporto qualificato della ricerca e della formazione delle nuove generazioni di pediatri, di infermieri e tecnici. Questo forte orientamento alla formazione porta il Gaslini a realizzare, negli anni, molte e importanti iniziative: la scuola delle Vigilatrici d'infanzia, i vari gradi di scuola in Ospedale, i corsi universitari e i dottorati, il Centro Internazionale di Studi e Formazione CISEF Gaslini. Nel 1959 l'Istituto viene formalmente riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, riconoscimento sempre confermato negli anni successivi. Il Gaslini è oggi un policlinico (20 padiglioni su 73 mila metri quadri di estensione) con una vocazione ospedaliera e scientifica di livello internazionale che eroga servizi sanitari e svolge attività di ricerca di altissimo livello.

Il numero dei dipendenti per l'anno 2020 è il seguente:

- Dirigenti: 330 a tempo indeterminato e 42 a tempo determinato
- Comparto: 1413 a tempo indeterminato e 49 a tempo determinato

L'organizzazione e la gestione operativa dell'Istituto è la seguente: Dipartimento integrato di Scienze Pediatriche ed Emato Oncologiche, Dipartimento integrato Chirurgia e alta Intensità di cure,

Dipartimento integrato Neuroscienze Mediche e Chirurgiche e Riabilitazione – Continuità delle Cure, Dipartimento integrato dei Servizi e Laboratori, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Area Aggregazione Mamma Bambino, Area Aggregazione Malattie Neuro-muscolari e Respiratorie, Dipartimento Programmazione e Controllo, Dipartimento Amministrativo.

I dipartimenti sopra indicati sono aggregazioni di Unità operative complesse (UOC) e semplici (UOS) o semplici dipartimentali (OUSD) o semplici interdipartimentali (UOSID) ossia le articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse.

Analisi del Contesto Esterno

Dalla mappatura dei soggetti che hanno interessi, diritti e doveri (c.d. “stakeholder”) collegati direttamente e indirettamente all’Istituto Giannina Gaslini è risultato che gli stakeholder esterni possono essere così rappresentati:

» Piccoli Pazienti e loro Famiglie: i dati sanitari per l’anno 2019 sono i seguenti:

- N.° medi posti letto attivi nel periodo (escluse culle) 306
- N° accessi di Day Hospital e Day Surgery 25.001
- N° Prestazioni ambulatoriali 538.704

La provenienza dei pazienti per l’anno 2019 è stata mappata come segue: 59% dalla Regione Liguria, 2% dall’Estero, 39% da altre Regioni (Sicilia 21%, Piemonte 15%, Puglia 11%, Campania 10%, Lombardia 13%, Sardegna 8%, Calabria 7%, Toscana 6%, Emilia Romagna 5%, Marche 2%, Lazio 2%);

» Finanziatori e Benefattori, Volontari e Associazioni di Volontariato e dei pazienti: Sono circa sessanta le associazioni di volontariato che collaborano con l’Istituto, offrendo sostegno ai pazienti e alle loro famiglie (alcune realizzano attività ludico ricreative, altre offrono sollievo, aiuto e compagnia ai bambini e alle bambine ricoverati e ai loro familiari, altre ancora si occupano di raccolta fondi per sostenere le famiglie con bambini affetti da serie patologie).

» Altre Pubblica Amministrazione tra cui quelle universitarie e di ricerca: l’Istituto fa parte di numerose reti nazionali che coinvolgono i principali centri clinici e di ricerca nei diversi settori clinico-scientifici, per la maggior parte promosse dallo stesso Ministero della Salute. Per quanto riguarda le reti di riferimento europee (ERN) l’Istituto è coinvolto in sette reti europee e precisamente: ERN BOND (European Reference Network on Rare Bone Disorders), ERKNet (European Rare Kidney Diseases Reference Network), EuroBloodNet (European Reference Network on Rare Hematological Diseases), EURO-NMD (European Reference Network for Rare Neuromuscular Diseases), MetabERN (European Reference Network for Rare Hereditary Metabolic Disorders), PaedCan-ERN (European Reference Network for Paediatric Cancer, haemato-oncology), RITA (Rare Immunodeficiency, Autoinflammatory and Autoimmune Diseases Network).

» Fornitori: nel corso dell'anno l'Istituto ha proseguito nel miglioramento dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori per transazioni commerciali, riducendo così il rischio di esposizione a contenziosi o incremento dei costi per interessi moratori.

» Comunità Locale, nazionale e Internazionale: oltre al Comune, Regione e Ministeri, l'Istituto ha un serie di rapporti internazionali con centri di eccellenza per l'acquisizione di nuove tecnologie, conoscenze e competenze, sviluppo di progetti innovativi di ricerca clinica, programmi congiunti per il miglioramento della qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e attività di benchmarking volta al miglioramento continuo.

1.6. Programma triennale per la Trasparenza ed Integrità e Modello 231.

La trasparenza costituisce uno degli elementi centrali per la riforma delle pubbliche amministrazioni come sancito dalla normativa introdotta dal D.lgs. n. 150/2009 seguita dalla legge n. 190/2012, dal D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e dal D.lgs. n. 97/2016 contenente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (in seguito Programma) è parte integrante del piano per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e delinea le azioni che saranno svolte dall'Istituto in osservanza della vigente normativa, al fine di garantire la massima trasparenza dell'ente nei confronti della collettività.

L'Istituto ha individuato con Deliberazione n. 137 del 20 maggio 2013 l'Ing. Gaetano Tufaro quale primo responsabile per la trasparenza e, successivamente, ha nominato con deliberazione n. 159 del 17 ottobre 2016, il sottoscritto, Avv. Carlo Berri, già individuato quale RPCT (con delibera n. n. 268 del 16.12.2013), in ragione dell'art. 41 del D.lgs. 97 che ha modificato l'art 1 comma 7 della L 190/12, unificando in un unico soggetto i ruoli di responsabile della prevenzione della corruzione e di responsabile della trasparenza.

Il responsabile per la trasparenza:

1. propone all'organo di indirizzo politico il programma triennale per la trasparenza e l'integrità e i suoi aggiornamenti;
2. verifica l'attuazione del programma con particolare riguardo al rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

3. controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato sulla base di quanto stabilito dal Decreto legislativo n. 33/2013;
4. predispone apposita relazione a consuntivo sulle azioni previste nel programma.

Il Programma considera la trasparenza una misura fondamentale nella prevenzione della corruzione e dell'illegalità, tanto che se ne declinano i vari contenuti, ossia: obblighi di informazione, monitoraggio del rispetto dei termini procedurali e dei rapporti tra amministrazione e soggetti beneficiari e ulteriore monitoraggio degli adempimenti normativi.

Si individuano nella tabella allegata (allegato 1) i dati e le informazioni che nel corso del triennio 2021/2023 saranno oggetto delle azioni di trasparenza dell'Istituto, alla luce delle disposizioni introdotte dalla legge n. 190/2012 e dai successivi decreti attuativi come da ultimo modificate dal D.lgs. 97/2016 ed in linea con le prescrizioni dell'ultima legge citata, contiene l'indicazione del responsabile della trasmissione del dato e del responsabile della pubblicazione (da intendersi come responsabile del servizio se individuato formalmente o il dirigente responsabile dell'unità operativa).

Nel procedere alla pubblicazione sul sito internet dell'Istituto dei dati oggetto delle azioni descritte si garantisce la più ampia fruibilità degli stessi (completezza, comprensibilità, aggiornamento, tempestività e pubblicazione in formato aperto).

A tal fine viene aggiornata costantemente un'apposita sezione del sito internet istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" contenente tutte le informazioni e i dati previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

Al fine di migliorare le attività connesse con gli obblighi di trasparenza e rendere più fruibili i dati pubblicati, l'Istituto, come specificato al precedente paragrafo, sta procedendo all'acquisto di un nuovo software per la gestione della sezione del sito dedicata all' "Amministrazione Trasparente", sviluppato dalla Società "in house" Liguria Digitale S.p.A..

Nell'ottica di una comunicazione interattiva e puntuale e con l'obiettivo di rendere l'Ospedale più aperto e vicino ai bisogni dell'utenza e di tutti coloro i quali operano al suo interno, l'Istituto Gaslini si è aperto ai *social network* attraverso la recente attivazione di alcuni account "ufficiali" disponibili ai seguenti indirizzi Facebook, Twitter e YouTube.

L'Istituto è dotato, inoltre, dell'applicazione "iGaslini", per iPhone, contenente tutte le informazioni utili a raggiungere e a orientarsi all'interno del Gaslini.

Saranno organizzate una o più giornate della trasparenza rivolte a *stakeholders* e utenti interni ed esterni al fine dell'illustrazione del piano e relazione sulla performance, del piano di prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza come previsto dall'art. 10 c. 6 del D.lgs. 33/13.

Accanto all'adozione dello strumento su menzionato il legislatore con il Decreto 8 giugno 2001, n. 231, che ha introdotto nell'ordinamento italiano un regime di responsabilità amministrativa (equiparabile sostanzialmente alla responsabilità penale) a carico delle persone giuridiche, prevede che le amministrazioni si dotino di un c.d. Modello 231 all'interno del quale siano inseriti procedimenti, procedure e prassi che l'ente adotta: tale documento è di importanza primaria in quanto efficace ad esonerare da responsabilità l'Ente in caso di illeciti. I punti chiave del Decreto riguardano:

A) l'individuazione delle persone che, commettendo un reato nell'interesse o a vantaggio dell'Ente, ne possono determinare la responsabilità. In particolare possono essere:

1. persone fisiche che rivestono posizione di vertice ("apicali") (rappresentanza, amministrazione o direzione dell'Ente o di altra unità organizzativa o persone che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo dell'Ente stesso);
2. persone fisiche sottoposte alla direzione o vigilanza da parte di uno dei soggetti sopraindicati;

B) la tipologia dei reati contro la Pubblica Amministrazione previsti:

1. indebita percezione di erogazioni da parte di un ente pubblico (artt. 316-bis e ter, 640, comma 2, n. 1 c.p.);
2. truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (art. 640-bis c.p.);
3. frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 640-ter c.p.);
4. corruzione per un atto d'ufficio (art. 318 c.p.);
5. corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);
6. corruzione in atti giudiziari (art. 319-ter c.p.);
7. istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
8. corruzione di persone incaricate di pubblico servizio (art. 320 c.p.);
9. concussione (art. 317 c.p.);
10. peculato (artt. 314 e 316 c.p.);
11. frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.);
12. abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);
13. induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.);
14. malversazione a danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 316-bis c.p.);
15. peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità Europee e di funzionari delle Comunità Europee e di Stati esteri (art. 322-bis c.p.);

C) il modello di organizzazione e di gestione: al fine di garantire con sempre maggiore efficacia le condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione della propria attività, l'Istituto ha ritenuto

conforme alle proprie politiche aziendali procedere all'adozione di un modello di organizzazione e di gestione in linea con le prescrizioni del Decreto e sulla base delle Linee Guida emanate da Confindustria.

L'articolo 6, comma 1 lett. b) del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 dispone che l'Ente ha l'obbligo di dotarsi di un organo al quale è affidato il compito di vigilare circa l'adozione efficace di modelli e procedure di prevenzione dei rischi anche al fine di escludere ogni profilo di responsabilità dell'amministrazione nel caso di verifica di danni: questo è l'Organismo di Vigilanza (OdV).

Con delibera n. 122 del 18/07/2016, all'esito di bando di avviso pubblico per la formazione di un elenco di idonei finalizzato alla selezione del componente dell'Organismo di Vigilanza, si è pervenuti alla nomina dell'Organismo di Vigilanza monocratico nella persona del Dott. Luigi Bricocoli. Tale incarico è stato di recente riassegnato allo stesso professionista con successive Deliberazioni, nel rispetto dei principi previsti per le pubbliche selezioni.

L'OdV provvedeva a dotarsi di un Regolamento di funzionamento e, con Delibera n. 140 del 19/09/2016, il Consiglio di Amministrazione ne prendeva atto.

Il Regolamento dà atto dell'autonomia ed indipendenza con cui opera l'Organismo, caratteristica essenziale per l'espletamento delle proprie funzioni e il raggiungimento degli scopi imposti dalla legge e prosegue disciplinando le modalità di lavoro dell'organismo (riunioni, audizioni, verbali e deliberazioni).

Al fine di non duplicare i controlli e garantire il coordinamento dei due organi di garanzia, l'OdV svolge la propria attività in sinergia con l'RPCT e viceversa.

L'OdV in accordo con il RPCT presentava il proprio piano di lavoro per l'anno 2018 di cui il CDA prendeva atto con deliberazione n. 22 del 19 febbraio 2018 che prevede, oltre la disamina della reportistica periodica e lo svolgimento delle attività già previste nel Modello 231, specifiche verifiche nelle seguenti aree di rischio:

- incarichi extraistituzionali dei dipendenti (follow up);
- rilevazione presenze (follow up);
- appalti senza previa pubblicazione del bando per forniture e servizi infungibili (follow up);
- salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (follow up);
- gestione rifiuti (follow up);
- ricerca scientifica (prosecuzione attività già avviata nel 2017);
- appalti (analisi su base campionaria con criterio di casualità di nr. 5 appalti);
- gestione patrimonio immobiliare.

Il piano di lavoro dell'OdV per il 2019, di cui il Consiglio di Amministrazione ha preso atto con Deliberazione n. 10 del 18 febbraio 2019, prevede, oltre la disamina della reportistica periodica e lo svolgimento delle attività già previste nel Modello, specifiche verifiche nelle seguenti aree di rischio:

- completamento attività 2018 su appalti di beni e servizi;
- analisi su nr. 5 contratti per forniture di beni e servizi infungibili;
- consulenze e prestazioni professionali;
- attività di test su sistema rilevazione presenze dei dipendenti;
- revisione del Modello Organizzativo – Parte Generale.

Per il 2020 l'OdV, sempre in accordo con il RPCT, ha predisposto il proprio piano di lavoro prevedendo, oltre la disamina della reportistica periodica e lo svolgimento delle attività già previste nel Modello:

- Aggiornamenti della Parte Generale del Modello Organizzativo
- Disamina della reportistica periodica
- Test su base campionaria del sistema di rilevazione presenze
- Audit su n. 3 consulenze e prestazioni professionali
- Audit su n. 5 contratti per forniture di beni e servizi
- Attività formative in materia di Etica e D.lgs. 231/01

Per il 2021 l'OdV, sempre in accordo con il RPCT, ha predisposto il proprio piano di lavoro prevedendo, oltre la disamina della reportistica periodica, lo svolgimento delle attività già previste nel Modello e di Supporto al Responsabile Anticorruzione nella predisposizione del PTPC e:

- Aggiornamento della Parte Generale del Modello Organizzativo in relazione ai nuovi reati presupposto di cui al par. 5;
- Disamina della reportistica periodica;
- test su base campionaria del sistema di rilevazione presenze;
- audit su nr. 5 consulenze e prestazioni professionali;
- audit su nr. 5 contratti per forniture di beni e servizi;
- attività formative in materia di Etica e D.Lgs. 231/01.

CAPITOLO 2 I SOGGETTI

2.1. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

La normativa di riferimento, unitamente all'introduzione degli strumenti volti alla prevenzione e repressione del fenomeno in parola, ha individuato i soggetti istituzionalmente preposti all'adozione di iniziative in materia:

- il *Comitato Interministeriale*, cui è affidato il compito di fornire indirizzi attraverso l'elaborazione di linee guida;
- il *Dipartimento della Funzione Pubblica*, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e come coordinatore della loro attuazione;
- la *Commissione Indipendente per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche* (C.I.V.I.T. oggi, a seguito della L. 125/2013 di conversione del D.L. 101/2013, A.N.A.C) che, in qualità di *Autorità Nazionale Anticorruzione*, svolge funzioni di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni ed il rispetto della normativa in materia di trasparenza, (coadiuvata dal Ministero della Salute e dall'AGENAS).

In ambito aziendale i soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del Piano di prevenzione ed all'attuazione e controllo dell'efficacia delle misure con esso adottate sono:

- il *Consiglio di Amministrazione*, in qualità di organo di indirizzo, cui spetta, oltre all'adempita nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione l'adozione del Piano e del suo progressivo aggiornamento nonché l'assegnazione al RPCT di un adeguato supporto mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie;
- i *Direttori di struttura* in quanto responsabili per lo svolgimento delle attività e la gestione delle risorse dell'Istituto, a cui si dovrà, ad ogni modo, assicurare un pieno coinvolgimento e partecipazione e in generale tutti i *dipendenti*, di cui si dirà più ampiamente nei successivi paragrafi.

- *il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza* che è stato individuato quale centro propulsore del processo di prevenzione e contrasto della corruzione e al quale la norma attribuisce specifiche attività e relative responsabilità in ipotesi di inadempimento.

Nella Determinazione ANAC n. 12/2015, in sede di Aggiornamento, viene dato risalto alla figura del RPCT riportando chiarimenti circa i criteri di scelta del medesimo, oltre gli indirizzi già forniti nella Circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il RPCT deve essere scelto, di norma, tra i dirigenti amministrativi di prima fascia in servizio e che abbia una adeguata conoscenza della organizzazione aziendale e del suo funzionamento, dotato della imparzialità ed autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva.

Nello specifico, il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione è ricoperto dall'Avv. Carlo Berri, cui è stato rinnovato l'incarico, affidandogli anche il ruolo di responsabile della Trasparenza con deliberazione del CDA n. 159 del 17/10/2016.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- avvalendosi della collaborazione dell'OdV, con cui opera in chiave sinergica, predispone annualmente il Piano triennale della prevenzione della corruzione da sottoporre sia all'Organo Consiliare per l'esame, la valutazione di eventuali azioni correttive e l'approvazione in tempo utile a consentirne l'adozione entro il 31 gennaio (per il 2021 entro il 31 marzo), sia all'OIV, il cui ruolo è di rilievo per la verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- si occupa della pubblicazione del Piano sul sito web istituzionale;
- previa proposta dei dirigenti competenti, individua il personale da inserire nei percorsi formativi sui temi della legalità e della condotta etica, tra il personale che opera nei settori a più alto rischio di corruzione, secondo quanto previsto al successivo paragrafo 4;
- vigila sull'attuazione del Piano e ne verifica l'efficacia proponendo modifiche al medesimo nelle ipotesi di mutamenti organizzativi o di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni;
- verifica, d'intesa con i Dirigenti competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici in cui l'attività presenta un alto grado di esposizione al rischio corruttivo, laddove effettivamente possibile;
- predispone una relazione entro il 15 dicembre di ogni anno da pubblicare sul sito web dell'azienda (poi spostata dall'ANAC al 31 gennaio in coincidenza con l'adozione del PTPC).

Per l'adempimento dei compiti di cui alla L. 190/2012 il RPCT potrà, in ogni momento:

- verificare e chiedere spiegazioni per le vie brevi o formalmente a tutti i dipendenti in merito a comportamenti che possono costituire anche solo potenzialmente ipotesi di corruzione e illegalità;
- richiedere ai dipendenti che hanno istruito un provvedimento di fornire per iscritto le circostanze sottese all'adozione del provvedimento finale;
- effettuare, tramite l'ausilio di soggetti interni competenti per settore, ispezioni e verifiche presso ciascuna struttura aziendale al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi, secondo le modalità di cui al successivo art. 4, par. 7.

A fronte dei compiti attribuiti, la normativa prevede consistenti responsabilità in capo al Responsabile in caso di inadempimento, configurando una particolare ipotesi di responsabilità dirigenziale allorché vi sia la mancata predisposizione del Piano e la mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione, o ripetute violazioni del Piano, configurando anche una responsabilità disciplinare qualora le stesse siano dovute ad omesso controllo da parte del Responsabile.

Una più generale forma di responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa si configura in caso di condanna in via definitiva all'interno dell'amministrazione per un reato di corruzione, a meno che il Responsabile non provi di aver predisposto il Piano prima della commissione del reato, di aver osservato le disposizioni di cui all'art. 12, comma 9 e 10 della L. 190/2012 e di aver adeguatamente vigilato sul funzionamento e l'osservanza dello stesso.

2.2. I Dirigenti

Con il D.lgs. 27.10.2009 n. 150 e il D.L. 06.07.2012 n. 95, convertito in Legge n. 135/2012, sono state attribuite ai Dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

In particolare, i Dirigenti responsabili di struttura:

- 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 cui sono preposti;
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività ad elevato rischio di corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del medesimo;

- monitorano le attività svolte dall'ufficio nelle quali è più elevato il rischio di corruzione disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.
- I Direttori di struttura semplice e complessa, in quanto responsabili delle attività e risorse nell'Istituto, sono individuati quali referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Dall'esame del quadro normativo, risulta che lo sviluppo e applicazione delle misure di prevenzione della corruzione costituiscono un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabili di struttura assieme al RPCT secondo un processo di bottom-up, in sede di formulazione delle proposte, e top-down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

In particolare, in ragione della piena operatività delle previsioni del presente Piano, i responsabili di struttura, unitamente ai dipendenti titolari di posizione organizzativa, dovranno, indipendentemente dall'appartenenza ai settori di competenza, e dunque, trasversalmente:

- *in primis* diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione, implementando sistemi di controllo e monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati;
- partecipare attivamente all'elaborazione del Piano triennale fornendo un apporto concreto e, possibilmente, tramite rilievi e conservazioni scritte alla valutazione del grado di rischio presente, all'individuazione ed eventuale correzione, integrazione e modifica degli interventi organizzativi e delle procedure svolte nonché alla predisposizione di idonei e, verificabili, sistemi di monitoraggio, da far pervenire entro il 30 novembre di ogni anno;
- fissare, laddove non già previsto da altra normativa, i termini di conclusione dei processi/provvedimenti di competenza, monitorarne il loro effettivo rispetto con cadenza periodica e segnalando al RPCT eventuali scostamenti o anomalie rilevate;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al RPCT tramite il centro di formazione aziendale, pianificando modalità di condivisione della conoscenze e competenze acquisite, riferendone formalmente gli esiti e gli eventuali nuovi propositi nell'ambito della relazione da predisporre e trasmettere al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno;
- vigilare, anche mediante l'adozione e comunicazione di misure idonee, sull'effettivo rispetto delle prescrizioni del presente Piano, di quelle di cui al codice etico e di comportamento dell'Istituto (di

recente aggiornato con Deliberazione n. 23 dell'8 Aprile 2020), nonché rendere effettiva la normativa prevista per le ipotesi di tutela del dipendente che denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza.

In ragione delle specifiche competenze e, dunque, dell'appartenenza a settori nei quali il rischio di corruzione è - anche solo potenzialmente - elevato, ciascun Responsabile di struttura avrà cura di attuare quanto previsto al successivo art.4.

2.3. I Dipendenti

Destinatari del presente Piano sono tutti i Dipendenti dell'Istituto, secondo le disposizioni previste dall'art. 1, comma 14 della Legge 190/2012.

Per tale ragione è necessario non solo che gli stessi prendano visione delle prescrizioni ivi previste ma che acquistino la consapevolezza che la diffusione e la piena attuazione della cultura della legalità e dell'etica deve permeare di sé l'attività di ogni operatore, indipendentemente dalla qualifica e dal ruolo rivestito in ambito aziendale ed indipendentemente dall'appartenenza ai settori per i quali il rischio di corruzione appare o è ritenuto elevato.

Tale necessità non deriva certamente dalla constatazione di un tessuto operativo di scarso valore morale o professionale dacché - per fortuna e per meriti personali dei singoli e strategie gestionali - il livello di etica e legalità riscontrabile quotidianamente nei più svariati settori in cui opera l'Istituto, anche quelli comunemente considerati a rischio corruzione, evidenziano invece un'attenzione particolare - proporzionalmente ad ogni livello operativo - alla correttezza, celerità e trasparenza delle procedure, dei processi e dei procedimenti.

Pur tuttavia è indispensabile effettuare un'opera di ricognizione e riconoscimento di quanto sistematicamente previsto e praticato in ogni settore di attività nell'ottica della prevenzione della corruzione, esplicitarne i contenuti in atti e provvedimenti formali, rivedendone ed eventualmente modificandone i contenuti con cadenza periodica.

A tale compito, in base a quanto premesso, sono chiamati, dunque, tutti i dipendenti, indipendentemente dalle figure individuate dalla normativa e dal presente Piano quali soggetti Responsabili in quanto la responsabilità dell'etica e della legalità dell'*agere* dell'Istituto, in ogni settore di attività, è intrinsecamente posta in capo ad ogni Soggetto ivi operante che, in quanto tale, lavora ed opera all'interno di un unico insieme di risorse per un unico bene comune.

In tale ottica, invero, viene richiesto ai dipendenti di segnalare con tempestività ogni situazione di conflitto di interessi, quand'anche potenziale, e conseguentemente di astenersi dal porre in essere qualsivoglia comportamento lesivo degli interessi e degli obiettivi dell'Istituto.

Tutti i dipendenti, in particolare quelli addetti ai settori ad elevato rischio di corruzione, comunicano tempestivamente al proprio Dirigente di riferimento qualsiasi anomalia riscontrata nell'ambito dei procedimenti o dell'abituale attività proponendo le azioni correttive ritenute idonee ed opportune.

La mancata osservanza delle disposizioni di cui al presente Piano costituisce elemento di valutazione di responsabilità disciplinare dei Dipendenti, dei Responsabili di Posizione Organizzativa e dei Dirigenti con riferimento alle rispettive competenze.

2.4. Il Gruppo di lavoro delle Aziende Sanitarie della Regione Liguria.

Il Gruppo di Lavoro delle Aziende sanitarie della Regione Liguria è costituito dai RPCT e dai loro collaboratori, sotto il coordinamento della Regione (ALISA). Lo scopo del Gruppo è quello di favorire un supporto alle attività dei Responsabili, di omogeneizzare alcune procedure comuni e di mettere a confronto esperienze e attività per favorire una crescita delle politiche di prevenzione in Regione.

In breve sintesi, il percorso realizzato dal Gruppo di Lavoro fino ad oggi ha visto la concretizzazione delle seguenti attività ed iniziative:

1) Attività realizzate nel 2016

Analisi ed esame generale ed analitico delle principali aree di rischio (secondo le indicazioni ANAC) con predisposizione del primo rapporto preliminare sull'applicazione della normativa anticorruzione in Regione Liguria (dicembre 2016) e la stesura di "raccomandazioni" per le Istituzioni regionali e per le Direzioni aziendali.

2) Attività realizzate nel 2017

- A. approfondimento in materia di libera professione i. m. con redazione di un documento di analisi che, partendo dall'esame della normativa (nazionale e regionale) vigente e dalla comparazione dei regolamenti adottati dalle singole aziende, ha evidenziato i possibili ambiti di miglioramento realizzabili nell'area in questione;
- B. condivisione e deliberazione da parte di Alisa della modulistica comune individuata dal Gruppo di Lavoro per assicurare ai cittadini un'uniformità e coerenza di approccio alle tematiche connesse con la normativa in questione in tutto il territorio regionale.
- C. progettazione e strutturazione dei corsi di formazione con contenuti, modalità e organizzazione proposte dal Gruppo di Lavoro sia per gli RPCT e i Responsabili delle aree a maggiore rischio, sia "di base" per tutto il personale dipendente del SSR.

3) *Attività realizzate nel 2018*

- A. Organizzazione e coordinamento con i Colleghi delle Aziende sanitarie liguri responsabili della formazione e dei Servizi informatici per l'avvio e la somministrazione del Corso FAD (sulla base del programma formativo elaborato nel 2017)
- B. Regolamentazione uniforme per l'invio e la gestione delle segnalazioni di "whistleblowing" (anche alla luce delle recenti disposizioni e degli aggiornamenti ANAC);
- C. Gestione dei contratti pubblici;
- D. Rotazione degli incarichi.

4) *Attività realizzate nel 2019*

In conformità con la DGR n. 7 dell'11 gennaio 2019 che, nell'ambito degli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2019, ha individuato le attività che devono essere svolte, il Gruppo di lavoro ha svolto le seguenti attività:

- A. Predisposizione di Linee Guida comuni sull'adozione e gestione del Piano;
- B. Stesura del catalogo dei processi e individuazione di indicatori misurabili;
- C. Mappatura delle aree e dei processi a maggior rischio;
- D. Individuazione delle relative misure di prevenzione per ridurre il rischio;
- E. Realizzazione del sistema di monitoraggio;
- F. Realizzazione Corso FAD programmato nel 2018;
- G. Applicazione e gestione *software* e gestione applicativo *whistleblowing*;
- H. Verifica/aggiornamento modulistica standard.

5) *Attività realizzate nel 2020*

In conseguenza dell'emergenza dovuta al Covid 19 si è reso necessario rimodulare gli obiettivi previsti e prevedere ulteriori attività e adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza compatibili con la suddetta emergenza. Il Gruppo ha quindi proseguito le proprie attività anche da remoto nel suddetto periodo dedicandosi alle seguenti attività:

- A. Pubblicazione dei dati patrimoniali reddituali alla luce delle disposizioni del decreto Milleproroghe 2020 (di fatto sospensione dell'adempimento);
- B. Adeguamento alla normativa sull'antiriciclaggio;
- C. Adozione e approvazione aggiornamento modulistica comune;
- D. Rendicontazione donazioni;
- E. Indicazioni sull'attuazione dell' art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;
- F. Approfondimento su gestione delle camere mortuarie nelle Aziende Sanitarie;
- G. Approfondimenti in materia di incompatibilità e inconfiribilità.

CAPITOLO 3

MAPPATURA AREE A RISCHIO

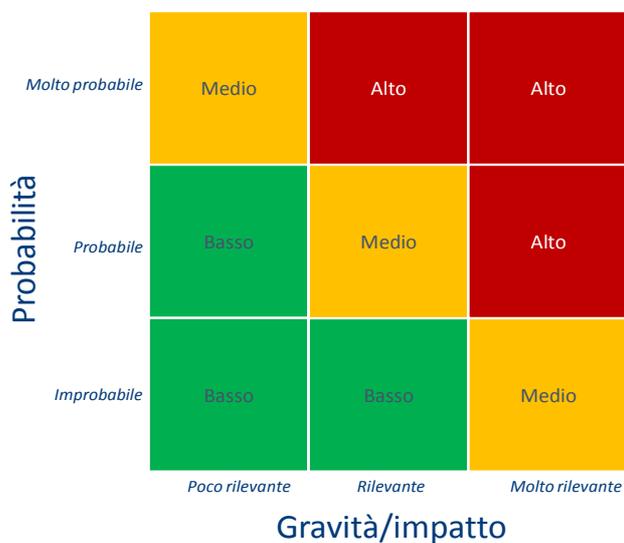
3.1. Individuazione di attività a rischio corruzione e misure di prevenzione

In generale per “rischio” si intende l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per poter individuare le aree a rischio di fenomeni corruttivi si definisce il concetto di rischio corruttivo come la pericolosità di un evento calcolata con riferimento alla probabilità che questo si verifichi, correlata alla gravità/impatto delle relative conseguenze come segue:

Valutazione del rischio

Determina l’esposizione al rischio: valutazione dell’accettabilità (soglia) e della tollerabilità (range) del rischio



Probabilità e gravità/impatto del danno devono essere considerate contestualmente al fine di determinare il grado del rischio come segue:

Valutazione del rischio



Il presente Piano individua dei macroprocessi a rischio - tabella di cui al successivo paragrafo 3 - da leggersi con l'avvertenza che sono le attività a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi nell'accezione innanzi descritta senza alcun riferimento alle singole persone preposte alle relative mansioni nelle unità organizzative deputate allo svolgimento quotidiano delle attività.

3.2. Valutazione del grado/livello di esposizione al rischio

La gradazione del rischio, al fine di definirne priorità e modalità di intervento, viene definita sulla base dei criteri di cui alla seguente tabella:

PROBABILITA'	GRAVITA'/IMPATTO	GRADO DI RISCHIO
Attività a bassa discrezionalità per presenza di: - specifica normativa (statale, regionale, regolamentare); - elevato grado di pubblicità degli atti procedurali; - potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone; - sussistenza di specifici meccanismi di verifica e/o controllo; Casistica dell'evento: fino a 3 casi in un anno;	- basso valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (< € 2.000) - bassa esposizione mediatica	BASSO
Attività a media discrezionalità per presenza di: - specifica normativa (statale, regionale, regolamentare) di principio; - ridotta pubblicità degli atti; - potere decisionale in capo ad unico o pochi soggetti; - meccanismi di controllo successivi interni ed eventuali esterni; Casistica dell'evento: fino a 6 casi in un anno;	- medio valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (tra € 2.000 ed € 20.000); - media esposizione mediatica	MEDIO
Attività ad alta discrezionalità per presenza di: - normativa assente o lacunosa (statale, regionale, regolamentare); - potere decisionale concentrato in capo a singole persone; - assenza o limitati meccanismi di verifica e/o controllo; Casistica dell'evento: più di 6 casi in un anno o precedenti storici di fatti corruttivi negli ultimi 5 anni;	- elevato valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (superiore ad € 20.000); - elevata esposizione mediatica	ALTO

3.3. Tabella: livello di rischio per singola attività e misure di prevenzione

La tabella indicante il livello di rischio per singola attività con l'evidenza degli specifici rischi e misure di prevenzione è riportato in calce al presente piano quale allegato "2".

Si precisa che in merito all'enunciazione degli attori coinvolti nelle singole attività l'indicazione non può che dare evidenza delle strutture/uffici cui le stesse afferiscono in via principale ma non certo esclusiva, tenuto conto che la maggior parte delle attività si snoda attraverso procedure, a volte anche complesse, che prevedono il coinvolgimento anche di altri uffici e, dunque, di altro personale (cosiddetti processi interfunzionali). La scelta dell'indicazione di una o più strutture risponde unicamente all'esigenza di individuare l'eventuale focus di annidamento di fenomeni corruttivi la cui probabilità è ritenuta di considerevole entità.

CAPITOLO 4

GESTIONE DEL RISCHIO: STRUMENTI DI FORMAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI DECISIONALI

4.1. Comunicazione/Relazione delle decisioni assunte per singole aree/attività.

L'attività di gestione del rischio viene attuata con la predisposizione di nuove misure preventive in coordinamento con quelle esistenti dove la determinazione è necessariamente un'attività dinamica che richiede una verifica periodica dei livelli raggiunti in un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabili degli uffici e del Responsabile della Prevenzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali dovranno formalizzare semestralmente, con nota da trasmettere al RPCT, le procedure utilizzate per lo svolgimento delle attività di competenza ed i relativi controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti ai controlli ed oggetto e tempistica degli stessi. Nella medesima nota alla relazione su quanto posto in essere viene affiancata la comunicazione di eventuali nuovi interventi organizzativi da porre in essere per incrementare l'azione preventiva del rischio di pratiche corruttive.

4.2. Comunicazione/Relazione tempistica per la conclusione dei procedimenti

I Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali, cui compete la verifica del rispetto dei termini per tutti i procedimenti che afferiscono alla propria struttura, devono definire un apposito prospetto contenente i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza da trasmettere al RPCT ed inviare allo stesso, semestralmente, un report che evidenzia eventuali violazioni del codice etico e di comportamento o delle disposizioni relative alla segregazione funzionale, problematiche in tema di monitoraggio e controllo dei procedimenti e gli adempimenti correttivi posti in essere.

Essendo il presente Piano un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si matura nel tempo, delle modifiche e evoluzioni dei processi e dell'organigramma (per questo triennio bisognerà tenere in particolare considerazione il processo di adozione del nuovo Piano strategico aziendale per il quinquennio 2021-2025), potranno essere introdotte modifiche ai procedimenti ed ai relativi tempi degli stessi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione vigila sull'effettiva realizzazione da parte dei Responsabili delle articolazioni aziendali del monitoraggio semestrale del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.

4.3. Comunicazione/Relazione rapporti a valenza economica tra l'Istituto e i terzi

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono al monitoraggio dei rapporti tra l'Istituto e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori.

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione del personale in conflitto, di cui all'art. 6 bis della L. 241/90.

Di tale monitoraggio, nonché dell'adozione di ogni atto o procedura istituita all'uopo, dev'essere data evidenza al Responsabile della prevenzione entro il 30 settembre di ciascun anno.

4.4. Rotazione degli incarichi

La misura della rotazione degli incarichi prevista dal legislatore trova evidentemente la sua *ratio* nella necessità, particolarmente rilevante nelle aree ritenute ad elevato rischio corruttivo, di evitare il consolidamento di posizioni privilegiate nella diretta gestione di alcune attività, laddove il medesimo dipendente prenda in carico per lungo tempo la stessa tipologia di procedura interfacciandosi svariate volte con il medesimo utente.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Responsabili delle articolazioni aziendali provvederà annualmente ad effettuare una valutazione sull'eventuale necessità di rotazione del personale chiamato a ricoprire incarichi, anche di natura istruttoria, che ineriscano processi individuati come potenzialmente esposti al rischio corruttivo.

Si precisa, tanto per la rotazione dei funzionari quanto *a fortiori* per i Dirigenti, che tale misura può essere attuata, ove possibile e compatibilmente con la struttura organizzativa dell'Istituto, solo per le figure professionali fungibili e per tutti quei profili per i quali non sia previsto il possesso di lauree o altri titoli specialistici, o che tali titoli siano in possesso di unico dipendente o più dipendenti appartenenti a ruoli diversi (es. tecnico e amministrativo) o a diversi livelli retributivi (es. collaboratore amministrativo e assistente amministrativo).

Nella valutazione della possibile rotazione degli incarichi si avrà l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze nelle strutture.

L'introduzione di meccanismi di rotazione sistematica del personale all'interno dei singoli servizi, non può essere affrontato se non previa una scelta forte e sistematica degli organi di direzione e di indirizzo. Anche l'Anac, con la determina n. 831 del 03 agosto 2016, ha previsto che la rotazione del personale possa essere sostituita da altre misure di prevenzione – tenuto conto delle difficoltà degli enti di piccole dimensioni come il nostro – quali la segregazione funzionale, che sono le misure che, tra le altre, sono indicate nell'allegato 2.

Un particolare caso di rotazione del personale è individuato dall'art. 16, comma 1 lett. I quater, del D.lgs. n. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, comma 24, legge 135 del 201) che lo prevede con provvedimento motivato, per i dirigenti in circostanze di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'attuazione della misura comporterebbe che in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente come, a mero titolo esemplificativo, nel caso in cui l'Istituto abbia avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o sia stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o sia stata disposta una perquisizione o sequestro e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, il medesimo Istituto:

- per il personale dirigenziale, procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed al passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. I quater.

L'applicazione della misura va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità.

4.5. Conferimento/autorizzazione incarichi

I Responsabili delle articolazioni aziendali competenti provvedono all'aggiornamento dei regolamenti di conferimento degli incarichi e all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, di cui al D.Lgs. 08.04.2013 n.39 (emanato a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della L.190/2012) dandone evidenza al Responsabile della Prevenzione.

Per "inconferibilità" (ex art. 1, co.2 lett g) del D.lgs. 39/2013) s'intende la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali

interni, incarichi dirigenziali esterni ed incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico:

- a coloro che abbiano riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione, di cui al capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale, anche in presenza di sentenza non passata in giudicato;
- a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da PP.AA. o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Per “incompatibilità” (ex art. 1, co.2 lett. h) del D.lgs. 39/2013) s’intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e:

- l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico;
- lo svolgimento di attività professionali;
- l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Il Responsabile dell’articolazione aziendale cui compete la proposta di conferimento dell’incarico segnala alla Direzione Generale e al RPCT l’eventuale sussistenza di situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità al fine di consentire una pronta rimozione delle cause ed una congiunta risoluzione del problema.

In tema di obblighi in materia di inconferibilità e/o incompatibilità degli incarichi si prende atto di quanto riportato nella Delibera Anac 149/14 e ribadito dal PNA Delibera Anac 12/15 per cui il D.lgs. 39/2013 per le aziende sanitarie si applica limitatamente alle figure di direttore generale, amministrativo, sanitario e scientifico.

Dunque, sebbene venga comunque raccolta la dichiarazione di assenza di motivi di inconferibilità e/o incompatibilità rispetto a tutti gli incarichi di Direzione di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice dipartimentale, le verifiche preventive riguardano solo le figure dei Direttori e le nomine negli enti partecipati.

Gli incarichi extraistituzionali dei dipendenti, vengono trasmessi semestralmente al RPCT dal Dirigente della U.O.C. Gestione e Valorizzazione del Personale. Nel corso del 2017, con deliberazione n.156 del 13/11/2017 è stato adottato il nuovo regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali.

I Regolamenti, comunque, ed i prospetti riepilogativi relativi agli incarichi conferiti ed alle autorizzazioni agli incarichi esterni sono sempre pubblicati, a cura del Dirigente Responsabile competente sul sito web aziendale.

4.6. La formazione del personale in materia di prevenzione della corruzione

Nell'ambito delle strategie di prevenzione della corruzione si evidenzia l'esigenza di perseguire sostanzialmente tre obiettivi:

- implementare la capacità di venire a conoscenza dei casi di corruzione;
- sancire interventi organizzativi volti alla prevenzione del rischio corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla manifestazione dei medesimi nell'ottica di una più ampia gestione del "rischio istituzionale".

L'attività di formazione rappresenta il substrato indispensabile sul quale impennare l'intero sistema aziendale di prevenzione e contrasto della corruzione.

Con il presente Piano l'Istituto (tenendo conto anche delle proposte formative che sono elaborate anche a livello regionale per le aziende del SSR Ligure) intende sviluppare, proseguendo il percorso già intrapreso negli anni scorsi, interventi di formazione/informazione rivolti a tutto il proprio personale, differenziati in ragione dei soggetti destinatari e degli specifici temi oggetto di approfondimento, secondo la seguente articolazione:

- intervento di tipo informativo, che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte, rivolto alla generalità del personale con un approccio valoriale, nonché di aggiornamento delle competenze in termini contenutistici e diretto a stimolarne la condivisione dei principi etici ed il rifiuto dell'illegalità. L'attività informativa può contemplare sia incontri in presenza che modalità di formazione a distanza con possibilità di aggiornamento nel tempo;
- formazione diretta, pertanto, di carattere specifico, rivolta al Responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio relativamente alle particolari funzioni aziendali.
- formazione periodica attivabile in particolare - anche in modalità flessibili quali il tutoring o il mentoring - in caso di nuove assunzioni o assegnazioni di nuovo personale alle strutture in cui è maggiormente presente il rischio corruzione.

Caratteristica dei percorsi formativi proposti sarà la modularità, il cui obiettivo principale è quello di assicurare una formazione puntuale e continua che possa essere declinata in base ai differenti livelli di responsabilità e ai diversi livelli di rischio presenti nelle strutture dell'Istituto.

Il programma dei corsi obbligatori per i dipendenti dell'Azienda, nei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale, dovrà svolgersi, vista l'entità elevata degli stessi, con una scelta programmata atta ad evitare cause di rallentamento delle attività delle unità operative coinvolte.

Le procedure per la selezione del personale saranno predisposte, relativamente ad ogni iniziativa di formazione, con apposito atto del Responsabile della Formazione e del Responsabile della Prevenzione in accordo con i Dirigenti dei servizi interessati, assicurando la partecipazione prioritaria dei dipendenti operanti nelle aree di maggiore rischio, la coerenza formativa, la rotazione fra le diverse unità di personale, le pari opportunità.

Al fine di monitorare la partecipazione alle attività di formazione del personale, il RPCT tiene, unitamente al responsabile della formazione un "elenco" del personale che ha svolto le attività di formazione. Al fine dell'adempimento di quanto sopra viene garantita la partecipazione dei dipendenti dell'Istituto al percorso di formazione e di aggiornamento programmato anche a livello regionale, sia per lo stesso RPCT, sia per tutti gli operatori del Sistema Sociosanitario ligure. A tal proposito è stato definito su base regionale un doppio percorso di formazione volto da un lato a raggiungere tutti i dipendenti con un corso base fad e dall'altro a formare ogni anno il personale che si dedica ad una specifica attività a rischio. Nel 2018 è stato realizzato il percorso formativo residenziale strutturato in due incontri rivolto ai Responsabili della corruzione e della trasparenza ed ai Responsabili della Strutture a maggior rischio. Tale percorso è stato tenuto dal Dott. Francesco Ceschel, docente presso la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (per quanto riguarda l'Istituto, la maggior parte dei partecipanti, pochi esclusi tra cui il RPCT, sono andati a lavorare in altre amministrazioni, vanificando lo sforzo formativo specialistico). Il corso è stato progettato dal Gruppo di lavoro regionale in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Inoltre è stato realizzato un corso interno rivolto alle caposala tenuto dal Responsabile Prevenzione Corruzione dell'Istituto e dall'Organismo di Vigilanza avente ad oggetto la prevenzione della corruzione ed il codice etico e di comportamento.

Per gli anni 2019 e 2020 è stato realizzato un corso fad comune a tutte le aziende del sistema socio sanitario ligure. La partecipazione a questo corso è stata notevole da parte dei dipendenti dell'Istituto (il corso è stato seguito da circa 1400 dipendenti). Anche questo corso è stato progettato dal Gruppo di lavoro regionale. Inoltre nel 2019 è stato somministrato un corso interno rivolto a tutti i dipendenti sui temi della prevenzione della corruzione e della legalità, con particolare riferimento alla divulgazione del nuovo etico e di comportamento dell'Istituto approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 1/2019 (e costantemente aggiornato fino alla versione attualmente in vigore di cui alla

delibera n. 23 dell'8 Aprile 2020). Non è stato possibile riproporre questo percorso formativo in presenza per l'anno 2020 a causa della pandemia per cui è stata sospesa al prima edizione prevista per il 12 febbraio 2020 e quelle seguenti. Considerato il gradimento riscontrato, appena le condizioni lo consentiranno il corso in presenza sarà ripreso.

Per l'individuazione dei docenti, al fine di ottimizzare le limitate risorse finanziarie nella realizzazione delle iniziative di formazione, si potranno seguire le indicazioni, pienamente condivise, del Piano Nazionale Anticorruzione 2013,

Relativamente all'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, anche non più in servizio o collocato in quiescenza, con comprovata esperienza nel settore delle materie/attività a rischio di corruzione.

La programmazione della formazione sul tema della prevenzione della corruzione e della legalità, per il prossimo triennio, ad oggi, può essere dettagliata come segue:

ANNO 2021

Nome corso	Tipologia corso	Destinatari	ore/giornate	Livello	
Corso specialistico di prevenzione del rischio corruzione	Corso FAD	RPCT e suoi collaboratori + direttori aree a rischio (o loro delegati)	8 ore	Specialistico	
Prevenzione della corruzione e codice etico	Corso residenziale	Tutti i dipendenti e collaboratori*	4 ore	Base	
Introduzione al Codice etico e di comportamento	Corso residenziale	Neoassunti	4 ore	Base	
Appalti: normativa e procedure	Corso residenziale	Personale UOC Acquisizione Beni e Servizi	4 ore n. 2 edizioni	Base	
Nuova direttiva sui dispositivi medici	Corso residenziale	Personale UOC Acquisizione Beni e Servizi	4 ore	Specialistico	
Il ruolo del DEC e del RUP nella gestione degli appalti	Corso residenziale	Personale UOC Acquisizione Beni e Servizi e Direzione Sanitaria	4 ore n. 2 edizioni	Specialistico	
Piattaforme per gli acquisti e il monitoraggio	Corso residenziale	Personale UOC Acquisizione Beni e Servizi	4 ore n. 2 edizioni	Specialistico	
Acquisizione beni infungibili	Corso residenziale	Personale UOC Acquisizione Beni e Servizi + sanitari	4 ore	Base	
Adempimenti in materia anitriciclaggio nelle PA	Corso residenziale	RPCT- Personale UOC interessate dalla tematica	4 ore	Base	
Orario lavoro: presenze-assenze- smart working	Corso residenziale	Settore matricolare e rilevamento presenze	4 ore n. 2 edizioni	Specialistico	
Piano organizzativo del lavoro agile	Corso residenziale	Personale Dirigente (o loro delegati)	4 ore n. 2 edizioni	Base	
Procedure e sanzioni disciplinari	Corso residenziale	Personale UOC Personale + membri UPD	4 ore	Specialistico	
Introduzione al BIM: Definizione di procedure e processi organizzati per la digitalizzazione del patrimonio dell'Istituto	Corso residenziale	Personale del comparto UOC Servizi Tecnici UOC RSPP	8 ore	Specialistico	

ANNO 2022

Nome corso	Tipologia corso	Destinatari	ore/giornate	Livello	
Introduzione al Codice etico e di comportamento	Corso residenziale	Neoassunti	3 ore	Base	
Prevenzione della corruzione e codice etico	Corso residenziale	Tutti i dipendenti e collaboratori*	4 ore	Base	
Libera professione intramoenia	Corso residenziale	Addetti gestione libera professione	1/2 giorni	Specialistico	
Appalti	Corso residenziale	Addetti acquisti e lavori	1/2 giorni	Specialistico	
Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture	Corso residenziale	Addetti all'esecuzione di appalti e contratti	1/2 giorni	Specialistico	
Acquisti di beni e servizi	Corso residenziale	Personale UOC Acquisti beni e servizi	8 ore	Specialistico	
Prevenzione della corruzione e codice etico	Corso residenziale	Tutti i dipendenti e collaboratori*	3 ore	Base	

ANNO 2023

Nome corso	Tipologia corso	Destinatari	ore/giornate	Livello	
Prevenzione della corruzione e codice etico	Corso residenziale	Tutti i dipendenti e collaboratori*	3 ore	Base	
Introduzione al Codice etico e di comportamento	Corso residenziale	Neoassunti	3 ore	Base	

*il corso cercherà di raggiungere il maggior numero di destinatari possibile con riedizioni e aggiornamenti negli anni successivi (la partecipazione ai corsi di sensibilizzazione, divulgazione e formazione sui temi dell'etica e della legalità sta progressivamente e spontaneamente aumentando).

I corsi in presenza potranno essere svolti anche con modalità a distanza o sostituiti da corsi FAD, e alcuni corsi previsti per l'annualità 2021 potranno slittare agli anni successivi.

4.7. Forme di controllo

Il Responsabile per la prevenzione procederà alla verifica dell'adempimento del presente Piano mediante raccolta di informazioni e controlli presso le strutture.

Quanto alla raccolta di informazioni il RPC procederà alla stessa presso i Dirigenti delle strutture in modalità:

- **“sincrona”**: con cadenza periodica sarà chiesto al Dirigente un report sul rispetto dei tempi e della correttezza dei procedimenti amministrativi, semestralmente;
- **“asincrona”**: al verificarsi di ogni evento di cui il Dirigente ritenga necessario o opportuno informare il RPCT.

Quanto alle verifiche e controlli presso le strutture il RPCT procederà alle stesse, con l'ausilio dei competenti Responsabili di struttura, concentrandole per l'annualità 2021 sulle aree ritenute ad elevato rischio corruzione.

Nell'esecuzione dei controlli il RPCT potrà avvalersi della collaborazione dell' OdV di cui al D.lgs. 231/01.

Attualmente i principali strumenti di controllo sono costituiti dalla reportistica, dall'aggiornamento della modulistica, dei regolamenti e dei codici e dagli audit che vengono effettuati dal RPCT e dall'OdV sia singolarmente che congiuntamente o da specifici gruppi di lavoro.

Nel corso del 2020, con l'OdV sono stati effettuate le seguenti azioni di audit:

Attività di audit nell'area "selezioni comparative per consulenze e prestazioni professionali"

In ordine alle attività di audit sulle selezioni comparative sono state selezionate a campione quelle aventi ad oggetto il:

- conferimento di un contratto di ricerca per laureato in scienze biologiche a favore dell'unità operativa complessa laboratorio cellule staminali post natali e terapie cellulari;
- conferimento di un contratto di ricerca per laureato in scienze biologiche o in biotecnologie medico farmaceutiche a favore dell'unità a favore dell'unità operativa complessa genetica medica;
- contratto di collaborazione libero professionale per laureato in fisioterapia a favore dell'unità operativa complessa di medicina fisica e riabilitazione;
- conferimento di un contratto di ricerca per laureato in tecniche di laboratorio biomedico.

In esito alle attività ispettive svolte non sono state rilevate anomalie o non conformità nell'iter procedurale.

Attività di audit su acquisti di beni e servizi

Le verifiche sono state condotte nell'area degli acquisti di beni e servizi, tradizionalmente considerata nella P.A. quella a maggior esposizione al rischio corruzione (nell'accezione più ampia del termine) e spesso fonte, nelle Aziende Sanitarie, di inefficienza economica.

Sono stati selezionati (con criterio di casualità) ed esaminati i seguenti procedimenti negoziali:

- gara con procedura aperta ex art. 60 commi 1 e 3 del D.lgs 50/2016 e s.m.i., per la fornitura di arredi e attrezzature, suddivise in nr.4 lotti, occorrenti per l'allestimento della Banca del Latte. Aggiudicazione con Delibera nr.225 del 09.03.2020.
- acquisizione mediante affidamento diretto di un apparecchio per ipotermia terapeutica neonatale indotta " Criticool Mini" occorrente al Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale: Delibera nr. 910 del 04.11.2019;

- acquisizione mediante affidamento diretto di nr.1 apparecchio per elettromiografia ed elettrostimolazione prod. Vivaltis (Francia) mod. Liberty, per la riabilitazione pelvi-peritoneale, occorrente all'U.O.C. Medicina fisica e riabilitazione. Delibera nr. 181 del 02.03.2020.
- acquisizione mediante procedura negoziata di nr.1 densitometro osseo computerizzato occorrente al D.H. Endocrinologia dell'U.O.C. Clinica Pediatrica ed Endocrinologia. Delibera nr. 151 del 24.02.2020;
- acquisizione mediante procedura negoziata per l'acquisizione in service di nr. 1 Estrattore Automatico di acidi nucleici occorrente all'UOC di Genetica Medica. Delibera nr.182 del 02.02.2020.

Per gli *items* selezionati sono stati svolti controlli amministrativi su:

- normativa nazionale di riferimento in materia di appalti e contratti;
- rispetto del "Regolamento per l'approvvigionamento di beni e servizi mediante procedure sotto-soglia" e del "Regolamento per l'acquisto di beni infungibili e/o esclusivi" adottati dall'Istituto;
- definizione del fabbisogno;
- bando di gara (ed eventuale documento complementare/disciplinare di gara),
- offerte presentate;
- offerta presentata dal soggetto aggiudicatario;
- eventuali variazioni sostanziali e formalizzate concordate tra le parti;
- delibera di aggiudicazione;
- assolvimento obblighi in materia di trasparenza.

Sono stati evidenziati alcuni punti di miglioramento meglio dettagliati nell'apposita relazione.

Attività di audit da parte di Gruppi di lavoro ad hoc.

Tra le azioni svolte da Gruppi di Lavoro costituiti ad hoc per monitorare determinati processi, spetta una menzione particolare all'attività svolta, su input della Regione, per contrastare la diffusione di eventi fraudolenti nell'ambito dell'attività di analisi di laboratorio, in relazione a fatti verificatisi in azienda sanitaria del territorio ligure.

Il Gruppo di Lavoro costituito già nel 2019 e composto da Direttore Amministrativo, Direttore Sanitari, Direttore Dipartimento Programmazione e Controllo, Direttore DIPS, Direttore UOC laboratori, Direttore UOSID Servizi Amministrativi e Sanitari, Direttore UOC SIA e RPCT, ha introdotto specifici controlli sugli esami di laboratorio. Tali controlli, attualmente ancora in essere, hanno dato esito negativo ai fini del monitoraggio in atto.

Dall'esperienza di questa vicenda, che nell'ambito della prevenzione ha interessato ogni azienda sanitaria ligure, il processo di laboratorio è stato mappato nel Piano di Prevenzione della corruzione e trasparenza già a partire dal triennio 2020-2022 con evidenza dei rischi e delle misure di mitigazione, in conformità con quanto elaborato dal gruppo di RPCT delle Aziende Sanitarie Liguri.

CAPITOLO 5

SISTEMA DI VALUTAZIONE E PROCEDIMENTO DISCIPLINARE QUALI STRUMENTI DI PREVENZIONE E REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE

5.1. La valutazione

L'Istituto ha adottato un sistema di valutazione del dipendente, differente in base alla qualifica e al ruolo rivestito, atto a valutare la performance del medesimo e, dunque, ad incidere sull'adeguamento e miglioramento progressivo della prestazione lavorativa agli standard normativi ed aziendali fissati in materia.

Al fine di garantire la massima efficacia ed adempiendo all'auspicato collegamento tra prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Performance, gli obiettivi e le incombenze di cui al presente piano dovranno essere inseriti nelle schede di valutazione della performance dei Direttori di struttura interessati.

Con il presente Piano, attesa la rilevanza assunta dal comportamento del dipendente complessivamente inteso al fine di improntare l'azione amministrativa, con particolare attenzione ai settori a rischio corruttivo, non solo alla competenza e alla professionalità in ragione degli obiettivi personali e aziendali, ma soprattutto ai valori dell'etica e della legalità, si ritiene opportuno introdurre nelle schede annuali di valutazione dei singoli dipendenti, un'apposita voce riferita al rispetto di tutte le previsioni di cui al presente piano e alle prescrizioni del Modello Organizzativo 231.

5.2. Codice di comportamento e procedimento disciplinare

Con Deliberazione n. 1 del 19 gennaio 2015 è stato adottato il Codice Etico e di Comportamento dell'Istituto. Detto codice è stato revisionato nel 2018 ed approvato con deliberazione n. 1/2019 a seguito del necessario aggiornamento rispetto alle linee guida emanate dall' ANAC con Delibera n. 358/2017, da cui emergono degli elementi che evidenziano l'appropriatezza di alcune scelte effettuate in sede di redazione già del primo codice etico e di comportamento dell'Istituto. Il codice è costantemente tenuto aggiornato e la versione attualmente vigente è stata approvata dal Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 23 dell'8 Aprile 2020.

Le prescrizioni cui attenersi in merito ai doveri dei dipendenti sono ad oggi, oltre quelle previste dalla rispettiva contrattazione collettiva e personale di riferimento, quelle di cui al Codice di Comportamento per i dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62 in attuazione dell'art. 54 del D.lgs. n.165 del 2001, come sostituito dalla L. 190/2012.

La violazione delle disposizioni ivi previste, nonché di tutte quelle stabilite nella normativa di carattere generale e nei regolamenti aziendali determinerà l'attivazione dei dovuti procedimenti disciplinari e la conseguente eventuale irrogazione della sanzione.

L'avvio di procedimento disciplinare, di competenza del Dirigente Responsabile di struttura, a seconda della gravità della sanzione astrattamente applicabile alla fattispecie concreta, costituisce dovere dello stesso non solo e non tanto per le sanzioni ad essi applicabili in caso di inerzia, quanto perché l'effettività dell'accertamento di natura disciplinare e conseguentemente la repressione sanzionatoria delle condotte violative poste in essere costituiscono presupposto indefettibile per la stessa efficacia del sistema di prevenzione e contrasto alla corruzione.

A tal fine, semestralmente il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione inoltrerà agli Uffici Procedimenti disciplinari la richiesta di un documento riepilogativo recante il numero dei procedimenti attivati nel corso dell'anno, i comportamenti per i quali è stata avviata l'azione disciplinare, il provvedimento adottato, ivi compreso il solo rimprovero verbale, e le eventuali motivazioni per le quali a fronte di segnalazioni formalmente pervenute al responsabile dell'azione disciplinare non si è ritenuto di dar corso all'avvio del procedimento, con eventuale indicazione dell'attività pre-istruttoria eseguita.

I suddetti Responsabili dell'azione disciplinare invieranno l'indicato documento entro il 15 giorni dalla richiesta al RPCT.

5.3. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti

In attuazione delle previsioni di cui all'art. 54 bis del novellato D.lgs. 165/2001, l'Istituto introduce nel presente Piano le seguenti misure atte a tutelare la riservatezza del dipendente che effettua segnalazioni di illecito:

- per garantire certezza di azione ed evitare fuoriuscita di notizie in grado di compromettere l'immagine dell'ente e/o la persona del segnalante, le segnalazioni di eventi di natura corruttiva potranno essere inoltrate direttamente al responsabile per la prevenzione della corruzione, individuato dall'Ente quale unico soggetto competente a ricevere le segnalazioni;
- sarà compito di tale soggetto, una volta pervenuta la segnalazione, acquisire ulteriori informazioni, utili a circostanziare la denuncia, presso gli uffici interessati;

- una volta accertata la presenza di tutti gli elementi utili ad acclarare i fatti, la segnalazione viene trasmessa al dirigente della Struttura competente per appartenenza del dipendente interessato, che procederà all'istruttoria e, se del caso, alla successiva trasmissione all'Ufficio Procedimenti Disciplinari per lo svolgimento del procedimento disciplinare e/o all'Autorità Giudiziaria, in presenza di fatto che costituisca reato;
- le segnalazioni, in forma scritta, potranno essere presentate personalmente presso i soggetti di cui sopra oppure trasmesse via mail all'indirizzo di posta elettronica *carloberri@gaslini.org*, riservato e accessibile, previo inserimento di credenziali personali, unicamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza o da suo stretto Collaboratore;
- nell'ipotesi di presentazione personale della denuncia il soggetto ricevente procederà ad apporre sul documento un numero identificativo progressivo attestante la data di ricezione;
- a tale scopo il RPCT procederà all'istituzione di un Registro di protocollo riservato, curandone personalmente la tenuta e la custodia. Il numero di protocollo sarà apposto anche alla copia stampata su supporto cartaceo della denuncia inoltrata per via telematica;
- i soggetti che ricevono le segnalazioni di illecito sono tenuti al segreto in ordine a qualsiasi elemento identificativo del denunciante e, compatibilmente con le esigenze istruttorie, del denunciato;
- la segnalazione non può riguardare doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza della U.O.C. Gestione e Valorizzazione del Personale;
- le segnalazioni anonime, vale a dire prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, anche se recapitate tramite le modalità previste dal presente documento, non verranno prese in considerazione nell'ambito delle procedure volte a tutelare il dipendente pubblico che segnala illeciti, ma verranno trattate alla stregua delle altre segnalazioni anonime e prese in considerazione per ulteriori verifiche solo se relative a fatti di particolare gravità e con un contenuto che risulti adeguatamente dettagliato e circostanziato;
- al fine di consentire il rispetto dei termini previsti per l'avvio e la conclusione dei procedimenti disciplinari di cui al D.lgs. 150/2009 ed ai codici disciplinari contenuti nei CCNL, la trasmissione della segnalazione, e dell'eventuale documentazione allegata, all'Ufficio di Disciplina competente dovrà avvenire entro cinque giorni dalla data di prima ricezione;
- per quanto non specificamente previsto nel presente piano, si rinvia all'apposita procedura pubblicata sul sito internet dell'Istituto nella sezione "Amministrazione Trasparente" – altri contenuti – corruzione;
- nel corso dell'anno 2019 l'Istituto G. Gaslini ha aderito al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali e ha adottato la

piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi e in quanto ritiene importante dotarsi di uno strumento sicuro per le segnalazioni.

ALLEGATI 1 e 2

- Allegato 1: tabella riepilogativa dei dati e delle informazioni che nel corso del triennio 2021/2023 saranno oggetto delle azioni di trasparenza dell'Istituto, con l'indicazione del responsabile della trasmissione del dato e del responsabile della pubblicazione (da intendersi come responsabile del servizio se individuato formalmente o il dirigente responsabile dell'unità operativa) come previsto dalla Legge n. 190/2012 e D.Lgs. 33/2013, come da ultimo modificate dal D.lgs. 97/2016 e dai successivi atti attuativi dell'ANAC.
- Allegato 2: Tabella indicante il livello di rischio per singola attività con l'evidenza degli specifici rischi e misure di prevenzione