

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E  
TRASPARENZA**

**P.T.P.C.T.**

**PER IL TRIENNIO 2021/2023**

**(redatto ai sensi dell'art. 1, comma 8, Legge n. 190 del 6 novembre 2012)**

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza:  
*Dr. Franco D'Ignazio*

*nominato con Deliberazione n. 1126/DG dell' 11 dicembre 2018.*

## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>5</b>
<b>CONTESTO INTERNO ED ESTERNO.....</b>	<b>6</b>
<b>PARTE PRIMA.....</b>	<b>17</b>
<b>Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione .....</b>	<b>17</b>
I.1 – Definizione di corruzione.....	17
I.2 – Monitoraggio sull’attuazione del P.T.P.C.T. 2020/2022.....	17
I.3 Consolidamento delle Attività Introdotte dai Precedenti PTPCT e sintesi delle Innovazioni introdotte con il P.T.P.C.T. 2021-2023.....	18
I.4 Descrizione del processo di approvazione del PTPCT.....	21
I.5 - Soggetti istituzionali coinvolti nel circuito anticorruzione ed elencazione delle misure di raccordo sistematiche.....	22
I.5.1. Il Direttore Generale .....	22
I.5.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.).....	23
I.5.3 I Referenti per la prevenzione della corruzione.....	26
I.5.4. Il Direttore della U.O.C. Programmazione e controllo e Ufficio Controllo interno.....	28
I.5.5. L’O.I.V. - Organismo Indipendente di Valutazione.....	29
I.5.6. L’ U.P.D. - Ufficio Procedimenti Disciplinari .....	30
I.5.7 Il Personale Dirigenziale di tutte le Aree .....	31
I.5.8 I Dipendenti appartenenti ad ogni profilo professionale.....	32
I.5.9 - I Soggetti che collaborano, a qualsiasi titolo, con l’ Azienda.....	33
I.5.10 Il Collegio Sindacale.....	33
I.5.11 Data Protection Officer.....	33
I.6 Individuazione delle Aree Aziendali di Rischio, Obbligatorie ed Ulteriori.....	38
I.7 Registro dei Rischi (o Mappatura dei Rischi) e Misure di Prevenzione .....	40
I.7.1 Registro Dei Rischi.....	40
I.7.2 Obbligo di Rendicontazione e Documentazione delle Attività Svolte.....	41
I.7.3 Le misure di prevenzione e contrasto dell’illegalità - <i>definizione e caratteri</i> .....	41
I.7.4 Misure Preventive Obbligatorie - <i>Elenco Generale</i> .....	42
I.7.5. Misure Ulteriori e Specifiche - <i>elenco generale</i> .....	47
I.8 Misure approfondite nei PTPCT precedenti e/o oggetto di approfondimento nel presente PTPCT 2021-2023.....	48
I.8.1 Rotazione del Personale.....	49

1.8.2 Segnalazioni di illeciti: regolamentazione del c.d. <i>WHISTLEBLOWING</i> e di altri tipi di segnalazione - integrazione della disciplina legislativa ed aziendale.....	50
1.8.3 Patti di Integrità.....	54
1.8.4 Divieto di Pantouflage o Revolving Doors -.....	54
1.8.5 Incarichi extra-istituzionali dei dipendenti, ai sensi dell'art. 53, d. lgs. n. 165/2001 e s.m.i.....	55
1.8.6 Sperimentazioni.....	56
1.8.7 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (R.A.S.A.).....	57
1.8.8 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	57
1.9 Rischio in ambito Sanitario e relazione con il rischio di corruzione.....	58
1.10 Formazione -.....	61
1.11 Controlli -Sistema dei Controlli Interni.....	63
1.11.1 Stato attuale.....	63
1.11.2 Previsioni per il Triennio 2021- 2023.....	63
1.11.3 Previsione di sanzioni, in caso di violazione del P.T.P.C.T., e collegamento delle misure di Prevenzione con il Ciclo della Performance ( <i>P. Organizzativa e P. Individuale</i> ).....	65
<b>PARTE SECONDA.....</b>	<b>66</b>
<b>LA TRASPARENZA.....</b>	<b>66</b>
II.1 Evoluzione della Definizione di Trasparenza.....	66
II.1.2 Trasparenza e tutela dei dati personali.....	66
II.2 La trasparenza nella gestione della pandemia COVID 19.....	69
II.2.1. Documento unico.....	70
II.3 Accesso <i>generalizzato</i> (art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, di seguito definito “decreto trasparenza”).....	71
II.3.1 <i>L'Accesso civico</i> (art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, di seguito definito “decreto trasparenza”).....	72
II.3.2 Accesso agli atti ex L. 241 del 78.1990 e s.m.i.....	72
II.4 Obiettivi strategici in materia di trasparenza: definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.....	73
II.5 Iniziative di comunicazione e trasparenza.....	78
II.6 Processo di attuazione del programma.....	79
II.7 Dati ulteriori.....	81
II.8 Clausola Conclusiva.....	81
II.9 Piano Normativo di Riferimento.....	81

## Allegati

1. Planimetria;
2. Relazione del RPCT su scheda standard dell'ANAC;
3. Schede Mappatura Rischio misure di carattere specifiche;
4. Scheda Mappatura Rischio misure di carattere generali;
5. Cronoprogramma;
6. Griglia degli obblighi della trasparenza;

### ABBREVIAZIONI GLOSSARIO

1) R.P.C.T.	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
2) P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
3) P.T.P.C.T	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
4) P.P.	Piano della Performance
5) O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
6) R.A.S.A.	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante
7) A.U.S.A.	Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti
8) P.T.A.	Area contrattuale Professionale –Tecnica – Amministrativa
9) P.T.T.I.	Piano Triennale Trasparenza ed Integrità
10) D.P.O.	Data Protection Officer

## PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata è stata formalmente costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994, ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio n. 18 del 16 giugno 1994, ed è stata attivata a decorrere dal 1° luglio 1994.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell'Azienda è in Via dell'Amba Aradam, 9 - 00184 Roma.

Consta di 4 Presidi ospedalieri oltre alla Sede Legale (P.O. San Giovanni – P.O. Santa Maria – P.O. Addolorata – P.O. Britannico).

L'Azienda ha il seguente codice fiscale / partita IVA 04735061006.

Il sito internet istituzionale è il seguente: [www.hsangiovanni.roma.it](http://www.hsangiovanni.roma.it)

A decorrere dall'anno 2013, l'Azienda, in attuazione a quanto previsto dalla legge 190/2012, ha provveduto a nominare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e, a seguito dei nuovi adempimenti in materia di trasparenza, anche il Responsabile della Trasparenza. A decorrere dall'anno 2015, l'Azienda, anticipando le indicazioni dell'ANAC che suggerivano una trattazione unitaria della materia, ha riunito le due competenze (prevenzione della corruzione e trasparenza) in un unico responsabile, poiché era chiaro che la misura più efficace per combattere le zone d'ombra nelle quali si annida la cattiva amministrazione è proprio la trasparenza.

Pertanto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha da sempre adempiuto puntualmente a concordare con i responsabili delle strutture aziendali, sia amministrative che sanitarie, le misure obbligatorie e quelle ulteriori per contrastare l'illegalità. Ha, inoltre, provveduto ad adottare, pubblicare e divulgare la griglia della trasparenza così come previsto dalla normativa e dalle indicazioni dell'ANAC, redigendo un solo documento programmatico suddiviso in due parti: corruzione e trasparenza. Per agevolare e coinvolgere coloro che erano tenuti ad adottare le misure di prevenzione si è attuato un monitoraggio della prevenzione della corruzione a cadenza semestrale ed un monitoraggio per la trasparenza con cadenza molto più frequente, indispensabili per vincere la resistenza degli uffici tenuti ad adempiere. Il RPCT ha incontrato delle resistenze, sollecitando ripetutamente i referenti dei vari uffici che operavano con vera difficoltà a causa della carenza di personale e dall'obbligo di dover popolare diverse piattaforme con i medesimi dati. Oggi, grazie alle assunzioni a tempo determinato intervenute nel corso dell'anno 2019, le attività sono organizzate in maniera più programmata anche se gli eventi della pandemia hanno stravolto le attività lavorative dell'Azienda determinando nuove e numerose situazioni urgenti. Nonostante le difficoltà registrate, gli obblighi previsti sono stati sempre rispettati.

Con deliberazione n. 72/DG del 30/01/2020 è stato adottato e pubblicato il piano relativo al triennio 2020-2022, i cui monitoraggi semestrali sono stati effettuati ed hanno costituito la base per la mappatura del piano 2021/2023.

L'erigendo piano tiene conto innanzitutto dell'Atto Aziendale e dei risultati del monitoraggio 2020. A causa della notevole mole di lavoro a cui sono stati sottoposti i referenti dell'area sanitaria per la pandemia, non si è voluto aggravarli impegnando i suddetti professionisti nella predisposizione di una mappatura più articolata secondo le indicazioni dell'ANAC in via definitiva con deliberazione 1064 del 13.11.2019 .

## CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

In attuazione degli articoli 32 e 117 della Costituzione, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e delle leggi regionali a tutela del diritto alla salute, l'Azienda assicura l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative oltreché di prevenzione, nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, tenendo conto delle risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie, organizzative ed umane in dotazione.

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute. Soddisfa la domanda di salute, espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.

L'attività di questa Azienda non si esaurisce nella sede istituzionale ma, in virtù di convenzioni sia attive che passive, le attività sanitarie vengono erogate dal personale dell'Azienda anche presso altre strutture.

L'Azienda ha sede a Roma ed è situata nel cuore della città, facilmente raggiungibile sia con i mezzi privati, sia con i mezzi pubblici.

Occorre tener presente che le Aziende Sanitarie si trovano ad operare in un contesto particolarmente esposto al rischio corruzione come spesso documentato da notizie di cronaca sia per eventi di natura corruttiva in senso proprio, sia per eventi collegabili alla *mala gestio* come ad esempio *mal practice*.

La possibile insorgenza dei fenomeni corruttivi può verificarsi nelle azioni compiute allo scopo di far fronte al dovere di proteggere un bene rilevante per il singolo e per la collettività: la tutela del diritto alla salute (art. 32 Cost), assicurando al contempo la regolarità di procedure amministrative caratterizzate dall'eccessiva normativa, da attività lunghe, articolate e farraginose, dall'applicazione di leggi a volte poco chiare .

La realtà laziale, ed in particolare quella città di Roma, è indubbiamente differente dalle realtà di provincia e delle altre regioni italiane poiché queste ultime risultano meno coinvolte a livello politico e meno soggette ad influenze e presenze di interessi commerciali delle multinazionali oltre che alla forte presenza del turismo per la bellezza paesaggistica, artistica, culturale e non di meno il turismo religioso ovvero i pellegrinaggi alla Sede di Pietro.

La presenza di numerose e prestigiose Università, le Aziende Ospedaliere, rinomate per tecniche innovative e mezzi all'avanguardia, attraggono le multinazionali che svolgono le loro attività divulgative, di ricerca e conferimento incarichi di docenza, attraverso i professionisti sanitari, determinando l'insorgere di conflitti di interessi potenziali o concreti. Per queste ragioni, già da diversi anni, l'Azienda ha approntato diverse modulistiche di "dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse" che devono essere sottoscritte da coloro che rientrano nella situazione prevista. La suddetta modulistica è pubblicata in intranet alla voce "modulistica".

Inoltre, già dall'anno 2017 l'Azienda ha disposto che i professionisti, a cui è attribuito un potere decisionale e quindi maggiormente esposti al rischio corruzione, compilassero la "dichiarazione di pubblico interesse" a cura di AGENAS. Il RPCT ha provveduto a verificare l'avvenuta compilazione finché l'obbligo era in vigore, dal 1 gennaio 2021 la compilazione delle dichiarazioni è sospesa dall'AGENAS.

La presenza di numerose strutture sanitarie, ha permesso ai sanitari di svolgere attività extraistituzionali per le quali, pur essendo prevista un'autorizzazione, a volte non è stata correttamente richiesta (per queste ragioni, nei confronti dei soggetti inadempienti, sono stati attivati i procedimenti disciplinari, oltre al recupero delle somme indebitamente percepite).

Nell'intento di tenere sotto controllo il fenomeno corruttivo, l'Azienda ha disposto un regolamento ed apposita modulistica distinta per le attività liberalizzate e quelle non liberalizzate adottato con Deliberazione n. 1053/DG del 19.12.2020.

Nell'Emergenza COVID-2019 l'Azienda Ospedaliera partecipa al ricovero di pazienti COVID, compresi pazienti di area intensiva, e svolge il ruolo vicariante di Hub del Trauma nonché di nodo delle Reti per le patologie tempo-dipendenti, assistendo nel corso del 2020 e ancora oggi al notevole incremento di accesso di politraumi e in particolare della traumatologia ortopedica.

Con le Circolari Regionali che hanno disciplinato l'Emergenza COVID-19 è stato ridefinito l'assetto dei posti letto (pl) Covid anche intensivi determinando, per il San Giovanni Addolorata l'attivazione di 75 pl, di cui 11 intensivi, ora scesi a 22 di Pneumo Covid e a 7 di TI Covid, d'intesa con la Regione Lazio, grazie alla minore pressione dei ricoveri sugli ospedali, e per dare risposta all'aumento invece di accessi non Covid presso il PS e ai pazienti in lista d'attesa per ricovero programmato per le altre patologie.

Sono stati organizzati inizialmente 2 reparti COVID:

- PNEUMOLOGIA COVID, organizzata in 2 sezioni di 22 pl ciascuno presso il corpo B, PNEUMO COVID 1, posto al piano terra, e PNEUMO COVID 2, posto al piano I
- MEDICINA D'URGENZA COVID, CON 20 PL;
- TI COVID, dotata inizialmente di 11 pl, e spostata in un modulo prefabbricato adiacente al PS, ospitante 7 posti letto.

Dal febbraio 2020 l'ospedale emana ed aggiorna periodicamente una Procedura interna per la gestione dell'emergenza Covid; a tale Procedura generale si riconnettono poi specifiche Procedure e Istruzioni operative settoriali, per lo più allegata alla procedura stessa.

Lo stato emergenziale dovuto alla pandemia ha avuto un notevole impatto anche sul piano amministrativo soprattutto in materia di aggiudicazione di contratti pubblici, servizi e forniture.

A seguito della consultazione degli argomenti da trattare, su invito della Direzione Strategica e con l'aiuto dei referenti interessati si riporta di seguito un focus in materia di appalti e contratti pubblici contestualizzato allo stato emergenziale:

*“E’ bene porre l’attenzione sui riflessi che il fenomeno corruttivo, motivato il più delle volte da un’interesse economico, può avere sugli appalti e contratti pubblici.*

*Infatti, tale settore rappresenta la forma di interazione pubblico-privato più rilevante, mediante la quale la Pubblica Amministrazione demanda agli operatori economici lavori, beni e servizi destinati ad essere fruiti dalla collettività, esternalizzando le proprie attività e offrendo occasioni di profitto.*

*Proprio il conseguimento di tali profitti e l’ambizione di conseguirli costituisce la ratio e la motivazione che spinge a commettere episodi di corruzione, che si possono verificare in tutte le fasi prodromiche delle procedure di gara e nell’esecuzione dei rispettivi contratti; tra cui i più attenzionati sono:*

- La scelta del contraente;*
- L’elaborazione dei bandi;*
- La fase dell’esecuzione del contratto – in particolare il verbale di avvio, la sospensione dell’esecuzione del contratto, le variazioni contrattuali in corso d’opera, la verifica ed il certificato di conformità.*

*Le fasi sopra descritte sono già oggetto di attento e puntuale monitoraggio e mappatura.*

*Il contratto dunque costituisce il principale strumento di garanzia per un’efficace ed efficiente esecuzione dell’accordo, dove un ruolo da protagonista è affidato alla corretta allocazione dei rischi tra le parti.*

*Proprio un’attenta e matura analisi dei rischi, che confluisce poi nelle schede di mappatura dei processi aziendali, conferisce alle Amministrazioni la consapevolezza delle criticità che potrebbero emergere durante il ciclo vita del contratto; di più contribuisce a rafforzare il potere di contrattazione del soggetto pubblico stesso nei confronti degli operatori economici.*

*Di seguito si rappresenta il ciclo di Deming adattato alle procedure di evidenza pubblica – gestione dei contratti.*

*Nei primi mesi del 2020, nell’ottica di una vision aziendale improntata alla prevenzione e gestione del rischio corruttivo, è stato acquistato sul MEPA il corso: “L’ingegneria dei processi nella prevenzione del rischio corruzione”.*

*Quest’ultimo, rivolto ai dirigenti e funzionari delle UU.OO. aziendali (ICT, Affari Generali, Patrimonio immobiliare, Farmacia, Gestione e sviluppo tecnologie – Manutenzione edile e impiantistica, Approvvigionamenti, Ingegneria Clinica) e con la durata complessiva di 108 ore, ha la finalità di fornire un panel di strumenti concettuali e di tecniche per gestire i contratti di lavori, di servizi e forniture; conoscere le tecniche di analisi, rappresentazione e semplificazione dei processi; riprogettare i processi legati alla gestione di contratti di lavori servizi e forniture per ridurre i possibili fattori da cui scaturisce il rischio corruzione delle UU.OO. interessate.*

*Per motivi legati al COVID-19 non è stato possibile svolgere il suddetto corso nel 2020 ma sarà riprogrammato nel 2021.*



## SITUAZIONE EMERGENZIALE DA COVID

Da marzo 2020, a causa della situazione epidemiologica da SARS-COV-2 (COVID-19), tutte le strutture sanitarie, compresa la nostra Azienda, si sono attenute, in materia di aggiudicazione di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, alle disposizioni dell'art. 163 (Procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile) del D.Lgs. 50/2016 ed alle indicazioni contenute nei vari Decreti che si sono susseguiti:

- il DECRETO-LEGGE 23 febbraio 2020, n. 6 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla L. 5 marzo 2020, n. 13;
- il D.P.C.M. 08/03/2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" e successivi;
- la DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 gennaio 2021 "Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili" che ha prorogato lo stato di emergenza fino al 30/04/2021.

Alla luce di quanto sopra, gli appalti di servizi e forniture per l'emergenza Covid – anno 2020 – sono stati affidati facendo ricorso alle procedure di: Affidamento diretto, ai sensi dell'art. 36, c. 2, lett. a); Ordine diretto sul MEPA (gestito da Consip); Affidamento ai sensi dell'art. 63, c. 2, lett. b); Affidamento procedura negoziata indetta sul MEPA ai sensi dell'art. 36 c. 2, lett. a); Adesione alle condizioni di aggiudicazione della Centrale Acquisti della Regione Lazio; Procedura negoziata d'urgenza, senza previa pubblicazione del bando, ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera c); Procedura negoziata su piattaforma MEPA; Affidamento diretto in urgenza.

In un'ottica di trasparenza e condivisione, tutti i provvedimenti e le deliberazioni emanati dalla UOC ABS per l'emergenza Covid nell'anno 2020 sono regolarmente pubblicati nella sezione dedicata in Amministrazione Trasparente, come da normativa, e trasmessi alla Regione Lazio.

L'Azienda è caratterizzata dalla natura storica dei suoi edifici, che connotano architettonicamente ed artisticamente il Complesso Ospedaliero.”

Il Complesso Ospedaliero si articola in quattro Presidi, oltre alla Sede Legale, tutti realizzati su aree di sedime ad alto valore archeologico, sottoposti ai vincoli di legge ed, in particolare, giacenti tutti sul colle del Celio che, notoriamente, era residenza di Domus Patritiae. Oltre a ciò, sono evidenti le strutture architettoniche risalenti al periodo tardo paleocristiano, medioevale, rinascimentale e barocco che fanno sì che tale patrimonio sia da considerare come punto esclusivo per collocazione rispetto alle grandi attrazioni storico-turistico.

Nel patrimonio immobiliare sopra descritto meritano particolare attenzione le grandi antiche corsie con gli annessi spazi funzionali, oggi adibite a Sale per Convegni e Mostre che di seguito si indicano:

1. Sala Mazzoni;
2. Sala Folchi con annesso Antico Atrio;
3. Sala Santa Maria inserita nel palinsesto storico dell'antico Ospedale delle Donne.

Meritano rilievo, in tale contesto, anche l'Antica Farmacia, il Portico del Giovannoni, l'Antico Ospedale dell'Angelo con annesso il Convento della Misericordia contenente la Sala del Rettorato e l'Antica Cappella di epoca Medioevale con affreschi del tardo cinquecento e dei primi anni del barocco.

Nell'ambito di tale patrimonio architettonico, di ingente valore storico ed economico, sono presenti affreschi di notevole qualità, manufatti lapidei e lignei di varie epoche.

Costituiscono beni dell'Azienda per lo svolgimento dell'attività istituzionale le unità immobiliari, in proprietà o in leasing finanziario immobiliare, in cui hanno sede i presidi ospedalieri facenti parte dell'Azienda di seguito specificati, individuati nella planimetria che viene allegata al presente Atto (allegato n. 1):

- Presidio Ospedaliero "San Giovanni", con accesso in Via dell'Amba Aradam, 8 – Roma (in proprietà), così come appare oggi è costituito da strutture architettoniche realizzate in occasione delle Olimpiadi del 1960 e ristrutturato, in occasione del Giubileo del 2000, con i finanziamenti derivanti dalla Cassa Depositi e Prestiti ex art. 20, L.67/88, Il fase e da finanziamenti riconducibili al Bilancio della Regione.
- Presidio Ospedaliero "Addolorata", con accesso in Via Santo Stefano Rotondo n. 5/A – Roma (in leasing finanziario immobiliare), così come appare oggi, è costituito da un corpo di fabbrica principale a pianta a "pettine" realizzato nella prima decade del 1900 e attualmente ristrutturato, così come il Presidio San Giovanni con finanziamenti di cui all'art. 20 della L. 67/88, Il fase per una metà (Dipartimento di Oncoematologia) ;
- Presidio ospedaliero "Britannico (già Calvary Hospital)", con accesso in Via Santo Stefano Rotondo n. 6 – Roma
- Presidio Ospedaliero "Santa Maria", con accesso in Via San Giovanni in Laterano, n. 155 - Roma (in proprietà);

La collocazione nel centro storico di Roma, adiacente al triangolo costituito dall' Arcibasilica San Giovanni, dalla basilica di Santa Maria Maggiore e dal Colosseo, rende l'Azienda San Giovanni- Addolorata punto di riferimento per la richiesta di cure da parte dei numerosi visitatori che accedono nella capitale, tanto che in occasione degli ultimi due Giubilei (2000 e 2015) ha visto, come sopra indicato, numerosi ed importanti interventi di ristrutturazione, finalizzati ad hoc, per poter rispondere alle ulteriori richieste di assistenza determinate dall'aumento di afflusso dei pellegrini e dei visitatori italiani e stranieri. Inoltre, l'Azienda ha dovuto provvedere all'organizzazione dell'attività di assistenza con adeguate misure. Dette misure non si sono limitate, temporalmente, agli eventi *eccezionali* sopra descritti ma proprio per la sua peculiarità, l'Azienda continua a dare risposte alle richieste di assistenza anche con strumenti quali un Servizio di mediazione linguistico-culturale per i pazienti di origine straniera che gravitano nel centro storico di Roma.

La struttura organizzativa dell'Azienda attualmente è quella definita dall'atto aziendale di cui all'art. 3 bis del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., adottato con Deliberazione n. 88/DG del 29/01/2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA U00117 del 18.03.2019 e con successivo DCA n. U00276 del 18.07.2019.

L'atto aziendale è stato pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente" nella sotto sezione "Disposizioni Generali" sottosezione "Atti Generali - Atti Amministrativi Generali".

Il modello organizzativo dell'Azienda si articola sui seguenti livelli di funzionamento:

### DIREZIONE AZIENDALE

Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Sanitario

### ALTRE FUNZIONI RILEVANTI

Comunicazione esterna, Sito e Marketing sociale	
Umanizzazione	
Reti e Ospedale-Territorio	
Tutela della Privacy (DPO)	
Controllo infezioni correlate all'assistenza	
Controllo interno	

### DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E CURE INTENSIVE

UOC	UOS
Pronto Soccorso e Breve Osservazione	Pronto Soccorso
Medicina interna in urgenza e Terapia sub intensiva	Breve Osservazione
Anestesia e Rianimazione-Centro Rianimazione	
Ortopedia e Traumatologia	Traumatologia dell'anziano
UOSD	
Medicina e Traumatologia dello Sport	

**DIPARTIMENTO INTERNISTICO**

UOC	UOS
Medicina Interna	
Medicina ad indirizzo immunologico	Immunologia clinica
Geriatrics	
Malattia dell'apparato respiratorio e endoscopia via aeree	
<b>UOSD</b>	
Endocrinologia e Diabetologia	

**DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE**

UOC	UOS
Cardiologia d'urgenza e UTIC	Unità terapia intensiva coronarica Elettrostimolazione
Chirurgia vascolare	
Neurologia e UTN	Stroke Unit
Angiologia (trasformazione in UOSD procrastinata)	

**UOSD**

Medicina ad indirizzo dismetabolico	
Radiologia interventistica	
Neurologia e dialisi	
Cardiologia riabilitativa e intensità intermedia	

**DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGIA E TESTA-COLLO**

UOC	UOS
Otorinolaringoiatria	
Neurochirurgia	
Oncologia	Terapie oncologiche ambulatoriali
Ematologia	Terapia ad alte dosi nelle leucemie acute
Radioterapia oncologica	
Centro di senologia	
Oculistica e Banca degli occhi	

**UOSD**

Chirurgia vitreo-retinica	
Chirurgia maxillo- facciale	
Chirurgia plastica e ricostruttiva	
Fisica medica	

**DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

UOC	UOS
Chirurgia generale ad indirizzo oncologico	
Chirurgia generale e d'urgenza (trasformazione in UOSD procrastinata)	Osservazione breve chirurgica
Urologia	
Anestesia e rianimazione-anestesia operatoria e preospedalizzazione	Anestesia ostetrica
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	

**UOSD**

Chirurgia generale con tecnica robotica	
Chirurgia a ciclo breve	
T.I.P.O.	
Terapia antalgica	

**DIPARTIMENTO SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA E MEDICINA TRASFUSIONALE**

UOC	UOS
Diagnostica per immagini	Radiologia DEUCI
	Diagnostica ambulatoriale per immagini
	Senologia per immagini
Patologia clinica	Microbiologia
Medicina trasfusionale	Raccolta, produzione e validazione emocomponenti
Anatomia e istologia patologica	



Farmacia	Farmaci
	Dispositivi medico chirurgici
	Galenica clinica
Poliambulatori	

#### UOSD

Radiagnostica Presidio Addolorata	
Genetica	
Scienza dell'alimentazione e team nutrizionale	

#### DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

UOC	
Direzione Assistenza Infermieristica	

#### AREA MATERNO INFANTILE

UOC	UOS
Ostetricia e ginecologia	Salute riproduttiva e interruzione volontaria di gravidanza
Neonatologia e UTN	

#### AREA LOW CARE

UOSD	
Medicina fisica e riabilitativa	
Lungodegenza <i>post-acuzie</i> ( in attesa di approvazione della programmazione regionale della rete ospedaliera)	

**DIREZIONE MEDICA**

UOC	UOS
Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri	Bed management e continuità assistenziale
	Telemedicina

**UNITA' OPERATIVE CENTRALI**

UOC
Programmazione e controllo

**UOSD**

Rischio clinico, Medicina legale e EBM
Sicurezza e salute ambienti di lavoro (RSPP e Medicina del Lavoro)
URP e Comunicazione interna
Formazione, Didattica e Ricerca
Gestione operativa
Sistemi informativi, Epidemiologico-Statistici e Valutazione Esiti
ICT
Ingegneria clinica e HTA

**UFFICI AMMINISTRATIVI**

UOC	UOS
Acquisizione Beni e Servizi	Pianificazione degli acquisti di beni e servizi e gestione contratti
Economico Finanziaria e patrimoniale	Bilancio e contabilità generale
Gestione e sviluppo delle tecnologie, uso razionale dell'energia, manutenzione edile ed impiantistica	
Progettazione, conservazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare-storico	
Politiche del personale e gestione risorse umane	
Affari Generali e gestione amministrativa ALPI	

**UOSD**

Attività amministrativa legale	
--------------------------------	--

<b>DATI STRUTTURALI</b> (Posti letto attivi 2021)				
		<b>Dipartimento</b>	<b>Degenza ordinaria</b>	<b>Degenza diurna</b>
<b>Posti letto ordinari</b>	687	Internistico	148	9
		Oncoematologico e Testa Collo	90	35
		Chirurgico	89	13
		Cardiovascolare	116	8
		Area Emergenza Urgenza e Cure Intensive	148	6
		Area Materno Infantile	66	7
		Area Low Care	12	3
		IRCCS Fondazione Bietti	2	2
		S.P.D.C. Addolorata	16	/
<b>Posti letto diurni</b>	83	<b>Servizi trasfusionali</b>	1	
<b>Blocchi operatori</b>	5	<b>Sale operatorie</b>	19 di elezione	
			4 di Day Surgery	
			3 oculistica	
<b>Rete</b>	Emergenza	DEA II livello	Hub	
	ICTUS	UTN I= Unità di Trattamento Neuro-vascolare di I livello	Spoke	
	Perinatale	II livello	/	
	Cardiologica	E= Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica	/	
	Trauma	CTZ = Centro Traumi di Zona	Spoke di II Livello	
<b>Terapie intensive</b>	60	UTIC	10	
		UTN	12	
		TIPO	11	
		Centro Rianimazione	16	
		Rianimazione COVID-19	11	
<b>DATI DI ATTIVITA'</b> (Fonte Uosd Sistema Informativo Sanitario – anno 2020)				
<b>Ricoveri ordinari</b>	19.054	<b>Ricoveri diurni</b>	5.092	
<b>Accessi PS</b>	40.071	<b>Parti/anno</b>	1.126	
<b>Branche specialistiche</b>	n. interventi chirurgici in degenza diurna	2.690		
	n. interventi chirurgici in degenza ordinaria	10.701		
	n. APA	4.694		
	n. trapianti di cornea	288		
<b>Prestazioni ambulatoriali erogate (escluse le analisi di laboratorio)</b>	334.892			



## PARTE PRIMA

### Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

#### I.1 – Definizione di corruzione

La definizione del fenomeno contenuta nel PNA (approvato con Delibera ANAC n 72/2013) viene confermata nell'Aggiornamento 2015 (approvato con Determinazione dell'ANAC n. 12/2015). Il concetto di corruzione non è inteso solo nell'accezione più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincide con la “*maladministration*” intesa come assunzione di decisioni (assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni, di fasi interne di singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse pubblico a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Il legislatore richiama l'attenzione su 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.

Il P.N.A. è uno strumento finalizzato alla prevenzione della corruzione, ove il concetto di corruzione che viene preso a riferimento è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le 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 si sia materializzata sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Proprio la definizione di malfunzionamento ha portato questa Azienda ad incrociare i vari dati, come del resto suggerito dall'ANAC, e sottoporre ad analisi particolareggiata i risultati della performance.

#### I.2 – Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C.T. 2020/2022

Come di consueto, anche nell'anno 2020 è stato effettuato il monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza concordate con i rispettivi referenti nel mese di dicembre 2019.

Le misure preventive - adottate dalle strutture esposte al fenomeno corruttivo e già presenti nella Mappatura/Registro dei rischi - hanno costituito oggetto di rendicontazione semestrale da parte dei Referenti per la prevenzione della corruzione nei confronti del RPCT. Gli esiti di tale monitoraggio hanno

costituito l'indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise, fornendo al contempo la base empirica per l'aggiornamento del Piano.

La mappatura ed i successivi monitoraggi hanno comportato l'individuazione dei rischi e l'applicazione delle misure atte a ridurli.

### **I.3 Consolidamento delle Attività Introdotte dai Precedenti PTPCT e sintesi delle Innovazioni introdotte con il P.T.P.C.T. 2021-2023**

I risultati dell'attività condotta negli anni precedenti, incluso l'anno 2020, in funzione di prevenzione dell'illegalità, che si è articolata su più fronti rappresentano i dati utili per pianificare le attività del triennio 2021/2023 con i necessari emendamenti e/o integrazioni rispetto alla programmazione precedente.

Di seguito si riportano i regolamenti adottati nel corso degli ultimi anni dall'Azienda per garantire il corretto funzionamento dell'attività amministrativa:

1. Regolamento sui "Processi di ricovero, trasferimenti e dimissione" – Revisione procedura approvata con deliberazione n. 1021/2017.
2. Revoca del Regolamento per l'utilizzo del logo-marchio aziendale e per la concessione del patrocinio adottato con deliberazione n.1071/DGFF del 31.12.2013. Adozione del nuovo Regolamento per concessione patrocinio e utilizzo del logo aziendale.
3. Regolamento borse di studio - Parziale modifica.
4. Approvazione del Regolamento aziendale per la gestione dei sinistri da RCT - Composizione e funzioni del Comitato valutazione Sinistri Aziendale (CVS);
5. Regolamento di gestione della Sicurezza (SGSL) per la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
6. Regolamento per il personale Infermieristico e Tecnico Sanitario di supporto all'Attività Libero Professionale Ambulatoriale Intramoenia,
7. Istituzione della Consulta Sanitaria – Approvazione Regolamento.
8. Regolamento per l'effettuazione delle Spese Economali e per la disciplina dei compiti e delle attività del Responsabile della Cassa Economale
9. Deliberazione n.100/DG del 30.01.2019:Integrazione – Attivazione Dipartimenti e Aree di cui all'Atto Aziendale adottato con del. n.88/DG del 29.01.2019, di parziale modifica della del. n.582/DG del 27.06.2018 e approvato con DCA n. U00117 del 18.03.19;
10. Attivazione delle Unità operative e degli Uffici amministrativi di cui all'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 88/DG del 29 gennaio 2019, di parziale modifica della deliberazione m. 582/DG del 27.giugno 2018 e approvato con DCA n. U00117 ;
11. Regolamento degli Agenti Contabili e della Resa del Conto Giudiziale;
12. Regolamento per l'utilizzo della bacheca Sindacale on line;
13. Attivazione dei Dipartimenti e delle Aree, nelle more dell'approvazione da parte della Regione Lazio dell'Atto Aziendale adottato con delibera n. 88/DG del 29.01.2019, di parziale modifica della delibera n. 582/DG del 27.06. 2018;
14. Ciclo di gestione della Performance.
15. Approvazione del nuovo "Regolamento concernente l'organizzazione, le modalità e le procedure aziendali relative ai rapporti con il Collegio Sindacale" dell'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata . Deliberazione n.1063.DG del 29.12.2020;

16. Regolamento per la fruizione del beneficio al Diritto allo Studio Deliberazione n.681/DG del 10.09.2020;
17. Regolamento di disciplina del personale dipendente dell'Azienda dell'Area della Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie. Delibera n. 704/DG del 16.09.2020;
18. Regolamento di disciplina del personale dipendente dell'Azienda dell'Area della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale. Delibera n. 213.DG f.f. del 26.02.2021 N. 213/DG f.f.
19. Regolamento delle funzioni di Ufficiale Rogante e sull'attività contrattuale dell'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata. Deliberazione n.591/DG del 23/07/2020

L'obiettivo del PTPCT è di dare una chiara configurazione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti interni dell'amministrazione, con la conseguente interlocuzione e condivisione degli obiettivi di prevenzione della corruzione con le figure che intervengono nel processo di formazione ed attuazione delle stesse (come peraltro indicato nella determinazione n. 12 del 28.10.2015 dell'ANAC e dalla Deliberazione n. 831 del 12.08.2016 dell'ANAC, ad integrazione delle indicazioni contenute nel PNA 2013 e nella circolare della Funzione Pubblica n. 1 del 2013).

L'articolazione dei diversi profili di responsabilità, infatti, è da ritenersi fondamentale ai fini del buon successo dell'intera politica della prevenzione, le situazioni di opacità in cui si ignora chi sia il responsabile concorrono a determinare momenti di incertezza, scarico di responsabilità e confusione, che da sempre sono considerati il terreno ideale per far proliferare il fenomeno della corruzione. E' necessario che ognuno abbia ben chiaro il proprio ruolo, le proprie responsabilità nonché la conoscenza dei processi di competenza all'interno dell'amministrazione per poterli seguire e correggere all'occorrenza. A tal proposito, dietro le indicazioni dell'ANAC già con il precedente PTPCT, sono stati ridisegnate le attività secondo la logica dei processi, vincendo solo in parte le consolidate resistenze culturali.

L'intento ulteriore perseguito dai Piani dell'Azienda è quello di intensificare le misure di prevenzione nelle aree in cui sono state registrate segnalazioni e/o criticità e di approfondire con maggiore attenzione ulteriori ambiti riguardanti più da vicino la realtà sanitaria. Questo approfondimento, è iniziato già dal 2015, giusta deliberazione n. 96 del 16.02. Infatti, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in maniera avveduta ha, inizialmente, istituito l'Ufficio Prevenzione della Corruzione, inserendo tra i componenti la figura del Responsabile del Rischio Clinico, che meglio di ogni altro è qualificato per indagare e gestire i rischi in ambito sanitario, e che successivamente con deliberazione n. 1126/DG dell' 11 dicembre 2018 è diventato l'attuale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La struttura organizzativa aziendale per la gestione dell'attività della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha previsto:

- I la modifica della composizione dell'Ufficio di supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, come da deliberazione n. 127/CS del 14.03.2019;

- 2 la modifica di alcuni Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza come da deliberazione n. 180/DG del 18.10.2019 che ha tenuto conto della riorganizzazione aziendale nonché della cessazione di alcuni dipendenti e l'assunzione di altri;
- 3 costante aggiornamento dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza rispetto all'evoluzione della normativa e delle linee guida dell'ANAC;
- 4 costante aggiornamento dei dipendenti dell'amministrazione attraverso la frequenza di corsi organizzati tramite VALORE PA e corsi tenuti al personale da docenti individuati dall'amministrazione.
- 5 Manuale operativo piattaforma informatica per segnalazioni Wistleblowing;
- 6 Designazione formale del titolare delle identità per la procedura informatica delle segnalazioni di Wistleblowing.

### **Il presente documento contiene:**

1. Planimetria;
2. Relazione del RPCT su scheda standard dell'ANAC;
3. Schede Mappatura Rischio misure di carattere specifiche;
4. Schede Mappatura Rischio misure di carattere generali;
5. Cronoprogramma;
6. Griglia degli obblighi della trasparenza;

Particolare rilievo è stato dato:

- alla nuova tipologia di accesso (c.d. "accesso ai sensi della legge 241/90, accesso generalizzato, accesso civico semplice), delineato nel novellato art. 5 commi 1 e 2 del decreto sulla trasparenza, mediante adozione di regolamento (Del. n. 302/DG del 29.13.2018) e alle ripercussioni;
- alla concreta partecipazione, sia dei dipendenti che dei portatori di interesse, per eventuali segnalazioni (Whistleblowing) di atti o comportamenti che si traducono in *mala gestio* aziendale, soprattutto nella considerazione della *mission* di questa Azienda, e nel tentativo di tutelare un bene di primaria importanza qual è la salute di quanti quotidianamente si rivolgono alle cure di questo nosocomio.

La realizzazione della piattaforma di Whistleblowing, proprio come più volte sostenuto dall'ANAC, è stato il risultato della stretta collaborazione tra l'Ufficio del RPCT e della UOSD ICT.

La preziosa collaborazione è iniziata negli anni passati e nell'arco del biennio 2018/2019 ha permesso una maggiore sinergia e semplificazione delle strutture che sono tenute ad adempiere agli obblighi di cui all'art. 1 co. 32 della legge 190/2012.

Il Piano triennale, per sua natura, non si configura come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti, in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione.

Pertanto, nel presente documento, relativo al triennio 2020-2022, si è proceduto come già negli anni precedenti ad unire l'atto programmatico con la mappatura del rischio, o registro dei rischi, ritenuta propedeutica a qualsiasi programmazione. Infatti, soltanto dopo aver effettuato l'analisi dei rischi, che nel corso del triennio potrà essere perfezionata, è possibile effettuare la programmazione delle misure e dei tempi di attuazione delle stesse nell'arco di tempo di riferimento.

#### **1.4 Descrizione del processo di approvazione del PTPCT**

Nell'intento di assicurare la più larga condivisione delle misure, sia nella fase di individuazione che in quella dell'attuazione, si è proceduto negli ultimi anni, e come previsto dalla citata determinazione ANAC n. 12/2015, ad un doppio passaggio nella fase della predisposizione del documento programmatico mediante:

- 1) trasmissione dell'indice dei temi da trattare nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2021-2023, inviato, al fine di prevedere la più larga condivisione, agli organi di indirizzo (direzione strategica) e agli organi di controllo (O.I.V.);
- 2) trasmissione dello schema di PTPCT trasmessa, ai fini consultivi, alla Direzione Strategica, all'O.I.V.(Organismo Indipendente di Valutazione), al CUG, alle Organizzazioni sindacali e al Collegio sindacale.
- 3) pubblicazione del sopracitato documento (proposta del PTPCT), ai fini consultivi, sul sito web aziendale. Il presente documento è stato pubblicato, ai fini consultivi, sul sito web aziendale, come già accaduto per i piani precedenti, per favorirne la divulgazione ed acquisire eventuali osservazioni al fine di tutelare i principi di legalità ed integrità e trasparenza; gli stakeholder sono stati informati di detta pubblicazione.

La nuova metodologia di mappatura del rischio è stata condivisa con il Direttore Generale nel corso dell'anno 2019/2020 e nello stesso periodo è stata presentata, in un incontro programmato, alla direzione strategica e alle strutture aziendali oggetto di mappatura.

L'attuale mappatura dei rischi conferma le misure che hanno dimostrato finora concreta efficacia, con rimodulazione soprattutto per quanto attiene all'applicazione delle indicazioni metodologiche previste dal PNA 2019, dei regolamenti e procedure adottate dall'Azienda.

Come previsto dalla normativa vigente, il piano corredato dalla mappatura dei rischi sarà adottato con deliberazione del Direttore Generale entro e non oltre la data del 31 marzo c.a. così come indicato dall'ANAC, e sarà vincolante per tutti coloro che a qualsiasi titolo, hanno rapporti con l'Azienda.

Per quanto attiene al processo di mappatura basato sul risk assessment, il RPCT ha impostato una mappatura basata sull'esame dei processi solo per la parte delle attività amministrative; i processi che attengono alle attività sanitarie saranno mappate con la modalità del risk assessment nei prossimi anni. Si è

voluto evitare di appesantire l'attività dei sanitari che nell'ultimo anno sono coinvolti nella lotta alla pandemia.

## **1.5 - Soggetti istituzionali coinvolti nel circuito anticorruzione ed elencazione delle misure di raccordo sistematiche**

*1.5.1 il Direttore Generale*

*1.5.2 Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza*

*1.5.3.1 Referenti per la prevenzione della corruzione;*

*1.5.4 il Direttore della U.O.C. Programmazione e controllo e Ufficio controllo Interno*

*1.5.5 L'O.I.V. - Organismo Indipendente di Valutazione*

*1.5.6 L'U.P.D. - Ufficio Procedimenti Disciplinari;*

*1.5.7 Il Personale Dirigenziale in senso lato;*

*1.5.8 I Dipendenti appartenenti ad ogni profilo professionale ;*

*1.5.9 I Soggetti che collaborano, a qualsiasi titolo, con questa Amministrazione*

*1.5.10 Collegio Sindacale;*

*1.5.11 DPO;*

Si indicano di seguito i soggetti tenuti a partecipare al presente programma di attività, con modalità coordinate, secondo l'ordine di rilevanza delle competenze spettanti in funzione anticorruzione.

### **1.5.1. Il Direttore Generale**

- designa il Responsabile della Prevenzione e della Corruzione;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT;
- adotta il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e dei suoi eventuali aggiornamenti;

- adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (es. codice di comportamento aziendale, regolamento incarichi extra istituzionali ecc.).

## **1.5.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)**

L'art. 1 comma 7 della L. 190/2012 e dell'art. 43, comma 1 del D.L.vo n. 33/2013, prevede che all'interno di ogni amministrazione il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione svolga, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la Trasparenza. Il Direttore Generale, con Deliberazione n. 1126/DG dell' 11 dicembre 2018 ha nominato in qualità di RPCT il Dr. Franco D'Ignazio, già responsabile della UOSD Rischio clinico, medicina legale e EBM. Tale nomina è stata comunicata all'A.N.AC con le modalità e nei tempi previsti.

### **Criteri di scelta del RPCT**

- *“L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.*

### **Compiti e poteri del RPCT**

- *L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.*

- *L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.*

- *L'art. 1 co. 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.*

- *L'art 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.*

- *L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.*

- *L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto “un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di*



pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”.

- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”.

- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.

- L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio. Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a “fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione”

-L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a “rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione”. I rapporti con l'organo di indirizzo

- L'art. 1, co. 8, l.190/2012 stabilisce che “l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC”. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

- L'art. 1, co.14, l.190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.

- L'art. 1, co. 7, l.190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.



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

### **I rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione**

- L'art. 43, d.lgs 33/2013 stabilisce che al RPCT spetta il "controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".

- L'art. 15, d.lgs. 39/2013 analogamente, stabilisce che il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.

- La medesima norma, al comma 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT (di cui si dà conto più avanti) messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co.7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con "Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione" adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.

- L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.

- L'art. 45, co. 2, d.lgs 33/2013 stabilisce che l'ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni. (Sul punto giova ricordare che il Responsabile della trasparenza coincide, di norma con il Responsabile della prevenzione della corruzione - sul punto cfr. PNA 2016, § 5.2.)

### **Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT**

- Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, co. 7 e co. 82, l. n. 190/2012, art. 15, co. 3, del d. lgs. 39/2013). A tal fine, proprio per garantire l'imparzialità del RPCT e garantire l'imparzialità delle sue azioni è indispensabile che il RPCT ed il personale di

supporto individuato con deliberazione CS n.127 del 14 marzo 2019, non prendano parte a qualsiasi tipologia di commissioni come componente/presidente ed anche di RUP e DEC ai sensi del Dlgs 50/2016.

### **In tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi**

- Ai sensi dall'art. 15 d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT "avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità).

Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."

### **In tema di responsabilità del RPCT**

- A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT.

In particolare, l'art. 12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...)risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

### **1.5.3 I Referenti per la prevenzione della corruzione**

Il RPCT si avvale, inoltre, della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Con deliberazione n. 180/DG del 18.10.2019 è stata effettuata l'ultima ricognizione dei "Referenti per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Unità Organizzative esposte al rischio di illegalità".

Le suddette figure appartengono alle aree di attività individuate come più soggette al rischio di corruzione o, comunque, destinatarie di specifiche misure preventive per espressa prescrizione normativa (come nel caso della U.O.S. D. U.R.P. e Comunicazione interna).

Più dettagliatamente, **per l'Area contrattuale P.T.A.**, si è proceduto all'identificazione dei Referenti aziendali nei Direttori delle U.O.C./Responsabili delle U.O.S.D.

Diversamente, **per l'Area Medica-Veterinaria e Sanitaria non Medica**, stante l'ampiezza e l'eterogeneità che la caratterizza, sono stati individuati quali Referenti per la prevenzione della corruzione i Direttori dei Dipartimenti e delle Aree risultanti dall'Atto Aziendale (DCA U00117/2019 e DCA U00276/2019) ed il Direttore della UOC Farmaceutica, oltre al Responsabile della UOSD Rischio Clinico e Medicina Legale, al Responsabile della UOSD Prevenzione e Protezione nei Luoghi di lavoro.

I soggetti sopra indicati, rivestendo contemporaneamente il ruolo di Referenti e di Responsabili delle rispettive strutture organizzative, sono tenuti a svolgere *ex multis* le seguenti funzioni:

- usare la propria competenza e professionalità acquisita nelle materie di pertinenza e metterle a disposizione della gestione del rischio di corruzione promuovendo la formazione dei dipendenti assegnati ai propri uffici nelle materie specifiche oltre che in materia di prevenzione della corruzione, e diffondendo la cultura organizzativa basata sull'integrità;
- coadiuvare il RPCT nell'elaborazione di rischi e misure preventive per la struttura dagli stessi diretta con un sempre maggiore coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interessati (responsabili e addetti ai processi). Pertanto, la misura di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare i reali rischi e a proporre le misure più incisive per prevenire gli specifici rischi, misure che rientrano nell'esclusiva competenza del referente e che successivamente saranno sottoposte a verifica da parte del RPCT ed il risultato sarà trasmesso all'OIV per la valutazione della performance.
- vigilare sul rispetto del presente Piano applicando costantemente le misure specifiche di contrasto al fenomeno corruttivo previsto nella mappatura e le misure generiche;
- dare attuazione alla normativa sulla trasparenza, evidenziando le responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- collaborare attivamente con il Responsabile della prevenzione della corruzione e predisporre *reports* semestrali, da elaborare con tecnologia informatizzata, che illustrino le misure adottate nella struttura di appartenenza;
- supportare il Responsabile della prevenzione agevolando nell'ambito della propria U.O.C./U.O.S.D./Ufficio in staff, la formazione del personale individuato dal RPCT per la specifica formazione in materia;
- raccogliere informazioni ed eventuali segnalazioni provenienti dalle rispettive strutture o da soggetti esterni, da inoltrare al Responsabile della prevenzione per la successiva trattazione;

- regolare l'eventuale conflitto di interessi in ambito interno e monitorare i rapporti intercorrenti tra l'Amministrazione e i soggetti che con essa stipulano contratti, o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, con verifica dell'eventuale sussistenza di relazioni di parentela o affinità tra i titolari, amministratori, soci, dipendenti dei soggetti esterni, e i dirigenti o semplici dipendenti dell'amministrazione;
- collaborare nella verifica della rotazione del personale (dirigenti e funzionari), eventualmente disposta negli uffici preposti allo svolgimento delle attività ad elevato rischio di reati corruttivi;
- cooperare con il Responsabile in ogni altra attività ricompresa nella strategia aziendale di contrasto all'illegalità, ivi compresa la promozione di buone prassi e di comportamenti virtuosi, al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda;
- assicurare la conoscenza ed il rispetto del codice di comportamento;
- assicurare il rispetto della normativa in materia di tutela dei dati;
- assicurare il rispetto della rotazione sia nello svolgimento delle funzioni dei dipendenti, nelle procedure previste del D.lgs 50/2016, nonché nella costituzioni di qualsiasi tipologia di commissioni.

I Referenti si pongono quale elemento di raccordo tra il RPCT e il resto del personale, ossia tra vertice e base del percorso di prevenzione, potendo così direttamente rilevare e contrastare - ove riscontrabile - l'*humus* atto a favorire l'insorgere di possibili episodi corruttivi.

I Referenti diventano responsabili in prima persona delle misure individuate per prevenire il rischio corruzione della propria struttura e pertanto non possono scaricare tali adempimenti sul RPCT.

Essi conducono le attività di monitoraggio e supporto sopra richiamate, fermi restando i compiti e le direttive del RPCT nonché le responsabilità che eventualmente ne dovessero derivare, che non possono essere derogate in base a quanto sancito nell'Intesa del 24.07.13 -raggiunta in sede di Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed enti locali- e nella Circolare n. 1/2013 del Dip. Funzione Pubblica.

Si precisa che, in caso di posto vacante o di impedimento del Referente/titolare di struttura organizzativa, il ruolo di Referente per la prevenzione della corruzione verrà ricoperto dal Direttore/Responsabile individuato come facente funzioni o, in carenza di designazione, dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, a seconda della competenza *ratione materiae* e salvo diversa specifica delega.

#### **1.5.4. Il Direttore della U.O.C. Programmazione e Controllo e Ufficio controllo Interno**

Il PTPCT è uno processo di miglioramento continuo e graduale che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno dell'Azienda.

L'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo di controllo della performance, è fondamentale al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa per la strategia di prevenzione della corruzione adottata.

Detta strategia trova un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi dell'Azienda. Gli obiettivi individuati nel PTPCT per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione alle misure di prevenzione o azioni propedeutiche o i relativi indicatori sono collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel piano delle performance.

L'attuazione delle misure previste nel PTPCT diviene pertanto uno degli elementi di valutazione del dirigente e del personale non dirigenziale, quindi, in sede di valutazione delle performance occorre tener conto del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Tra il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed il Direttore della U.O.C. Programmazione e Controllo, continuerà l'azione sinergica nelle azioni, tra le quali si menzionano:

- coordinamento per l'attuazione del presente Piano (P.T.P.C.T.) con particolare riferimento all'attività di supporto all'OIV;
- incontri per la trattazione di temi e adempimenti comuni;
- elaborazione di iniziative congiunte dirette ai Referenti;
- trasmissione della mappatura del rischio contenente le misure anti corruttive concordate con i singoli Referenti, trasmissione dei report semestrali di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure stesse, al fine di garantire un coordinamento tra Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e Piano della Performance.

Il **Controllo Interno** ha la funzione primaria di supportare la direzione strategica aziendale nell'attività di governo complessivo dell'azienda, nonché di contribuire al continuo miglioramento dei processi e al rispetto delle procedure aziendali; ciò determina che le funzioni dell'Ufficio del Controllo Interno afferiscano anche al complessivo sistema dei PAC.

Le finalità dell'Ufficio Controllo Interno sono sviluppate e realizzate anche tramite l'adozione, l'implementazione e il continuo aggiornamento dei manuali delle procedure amministrativo-contabili aziendali.

Tali azioni sono svolte in accordo e in collaborazione con le competenti strutture regionali, anche per il tramite di appositi audit, finalizzati a prevenire e identificare comportamenti non coerenti con quanto previsto dalle procedure amministrativo-contabili.

### **1.5.5. L'O.I.V. - Organismo Indipendente di Valutazione**

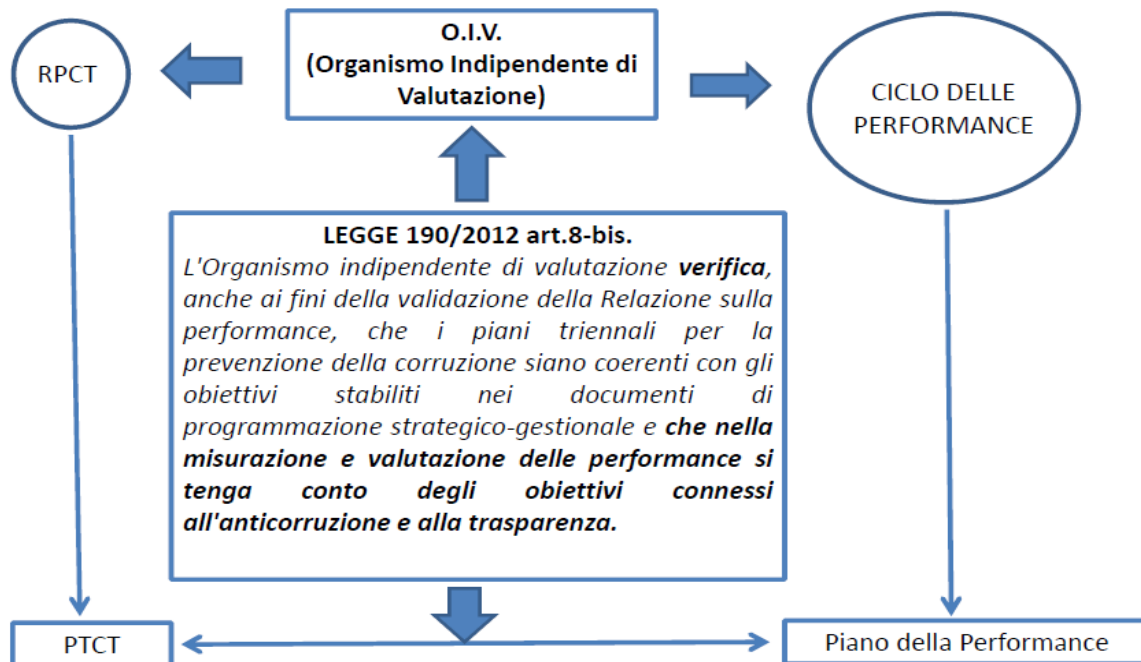
L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza, e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso; garantisce la correttezza dei

processi di misurazione e valutazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità.

All' OIV compete anche segnalare (ogni volta che lo ritenga opportuno) interventi correttivi all'organo di indirizzo politico, in caso, ad esempio, di eventi imprevedibili che incidano sull'organizzazione delle P.A. e sulle sue risorse.

Tale organismo opera -in sede preventiva- con funzione consultiva nelle tematiche del rischio di corruzione e della trasparenza (pareri), su richiesta del Responsabile della prevenzione, e -successivamente- in sede di verifica e di valutazione annuale delle attività e dei risultati raggiunti, a fronte delle prescrizioni contenute nel presente Piano e nella mappatura del rischio.

E' stato concordato con lo stesso O.I.V. di proseguire in modo sinergico nel processo aziendale, a favore di una maggiore interazione del Piano delle Performance e del PTPCT (cfr. par 1.11.3).



### 1.5.6. L' U.P.D. - Ufficio Procedimenti Disciplinari

Tale struttura continua ad operare in stretto raccordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione ed eserciterà l'azione disciplinare, ex art. 55, del d. lgs. n. 165/2001, nei casi segnalati come atti di corruzione e di illegalità, applicando i principi della proporzionalità e del contraddittorio, nonché le norme poste a tutela della *privacy*.

Il citato Ufficio vigila sull'applicazione dei Codici di comportamento in ambito aziendale, unitamente al RPCT, anche ai fini dell'eventuale aggiornamento. In particolare, assicurano uno scambio costante di informazioni - nel rispetto degli obblighi di riservatezza - atte a far emergere eventuali episodi illeciti da sottoporre a procedimento disciplinare e infine a dare contezza dei relativi esiti al RPCT. Ciò consente di finalizzare e concentrare maggiormente le azioni di prevenzione verso le aree ed i soggetti interessati. Il RPCT dovrà comunicare all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari le situazioni di mancata collaborazione o mancata attivazione delle misure in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, a tal fine con deliberazione DG. ff n.213 del 26.02.2021 è stato adottato il "Regolamento di disciplina del personale dipendente dell'Azienda dell'Area della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale."

### **1.5.7 Il Personale Dirigenziale di tutte le Aree**

Indipendentemente dall'affidamento degli incarichi di direzione/referente, o di responsabilità, si richiama l'attenzione in materia di responsabilità di tutti i dirigenti derivante dagli obblighi legislativi (es. dlgs 165/2001, dpr 62/2013) e contrattuali vigenti in rapporto all'area di rispettiva competenza, come richiamati nel P.N.A. e di seguito indicati:

- attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria, ivi compresa la segnalazione di soggetti e comportamenti contrari alla legalità;
- partecipazione al processo di gestione del rischio ed individuazione delle criticità dei processi di competenza;
- proposta delle misure di prevenzione;
- garanzia dell'osservanza del Codice di comportamento, relazione sulle attività poste in essere ai fini della divulgazione e verifica del rispetto, azioni di contrasto nelle ipotesi di violazione;
- adozione di misure gestionali, ivi comprese quelle contenute nel PTPCT;
- predisposizione e sottoscrizione di apposita dichiarazione di "assenza di conflitto di interesse" dei responsabili dei procedimenti da sottoscrivere all'inizio di ogni anno solare con espressa previsione di astensione nei casi di "conflitto potenziale" e verifica sulle dichiarazioni;
- rotazione del personale afferente alla struttura in una percentuale ragionevole rispetto alle attività;
- rotazione della dirigenza e garanzia di contestuale formazione per l'avvicendamento (esclusione della rotazione in quelle strutture il cui personale svolge attività considerata "infungibile");
- predisposizione di idonea relazione che motivi le cause di assenza di rotazione;
- misure alternative all'eventualità di assenza/limitata rotazione;
- obbligo di applicazione delle misure di carattere generale che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente piano e della mappatura allegata al presente Piano.

Sul piano normativo, si richiama integralmente il disposto di cui agli artt. 8 e 13 del D.p.r. n. 62/2013 (Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici), che reca disposizioni particolari per i Dirigenti, così come



previsto anche nel codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione n. 730/DG del 02 agosto 2018.

Ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. l-bis), l-ter), l-quater), D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., recante norme sulle funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali, questi ultimi *“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 nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo”*; *“provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.”*

Si ribadisce l'obbligo dei dirigenti/referenti di collaborare attivamente sostenendo il RPCT e mettendo a disposizione di quest'ultimo le proprie conoscenze tecniche ed abilità professionali, anche di propria iniziativa, oltre che su richiesta del RPCT. Tale collaborazione è funzionale a prevenire quelle situazioni che possono configurarsi come *mala gestio* o atti di corruzione e che pertanto espongono direttamente il dirigente/referente a responsabilità *per culpa in vigilando*.

A tal proposito è il caso di rammentare che è obbligo del dirigente vigilare continuamente sugli atti posti in essere dai propri sottoposti, anche di coloro che sono stati individuati responsabili dei procedimenti (ai sensi della legge 241/1990 e del d.lgs 50/2016), poiché tale individuazione non esime il dirigente dalla suddetta *responsabilità in vigilando*. I ritardi o dinieghi saranno comunicati all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

### **1.5.8 I Dipendenti appartenenti ad ogni profilo professionale**

Essi hanno l'obbligo di osservare le disposizioni contenute nel presente Piano per la diffusione della cultura dell'integrità, concorrendo all'emersione di valori positivi all'interno e all'esterno dell'amministrazione.

In particolare, il legislatore ha espressamente stabilito che *“la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”* (art. 1, comma 14, della Legge c.d. anticorruzione).

Si rammenta altresì l'art. 8 del Regolamento recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, contenuto nel D.P.R. n. 62 del 16.04.13, secondo cui “Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza”.



### **1.5.9 - I Soggetti che collaborano, a qualsiasi titolo, con l'Azienda**

Anche tali soggetti sono tenuti ad osservare le disposizioni dettate dal presente Piano.

Tra gli altri, si menzionano coloro che hanno instaurato un rapporto lavorativo 'a termine' e quelli aventi rapporti di natura negoziale-contrattuale con l'Amministrazione (a titolo esemplificativo, i lavoratori in regime di co.co.pro. fino a quando previsti dalla normativa; a tempo determinato in senso stretto, con incarico ex art. 15-septies, d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ma anche i soggetti esterni che instaurano con l'Azienda rapporti di consulenza, di fornitura di beni e servizi, per la realizzazione di opere, e vincitori di borse di studio ecc.).

Essi sono chiamati altresì a segnalare eventuali situazioni di illecito, *latu sensu* intese, che emergano nel contesto aziendale in cui gli stessi operano, agli stessi si applica l'obbligo di conformarsi a quanto previsto nel codice di comportamento aziendale di cui alla deliberazione n. 730/DG del 2.08.2018.

### **1.5.10 Il Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 10/1995 e s.m.i., recante "Compiti del Collegio dei Revisori" e dell'art. 3 *ter* D.lgs. 502/92 e s.m.i. è organo dell'Azienda cui spetta il compito di vigilare sull'osservanza delle leggi e Regolamenti e di verificare la regolarità della gestione amministrativo-contabile.

In particolare, al citato organo viene sottoposto preventivamente il presente documento programmatico completo della Mappatura o Registro dei rischi in tema di illegalità, come condivisi con i Referenti per la prevenzione della corruzione.

Ciò al fine di acquisire un parere sulla gestione del rischio in merito all'analisi già effettuata dal RPCT e dai Referenti in rapporto a ciascuna struttura esposta al fenomeno corruttivo (a seguito del c.d. processo di Identificazione, Analisi e Gestione del rischio) nonché sul grado/valore di rischio alla stessa attribuito.

Con deliberazione n.429/DG del 28/05/2020 è stata effettuata la nomina del Collegio sindacale dell'Azienda per il triennio dal 25 maggio 2020 al 24 maggio 2023 e con successiva deliberazione n.1063 del 23.12.2020 è stato adottato il nuovo "Regolamento concernente l'organizzazione, le modalità e le procedure aziendali relative ai rapporti con il Collegio Sindacale".

### **1.5.11 RELAZIONE del Data Protection Officer (DPO)**

#### **I. Premessa**

*Corre l'obbligo di rassegnare una breve premessa sul tema della data protection, il Regolamento UE 2016/679, norma cardine della disciplina, si snoda, a partire dal suo titolo, lungo una tensione che lo porta a contrapporre da una parte la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e dall'altra la libera circolazione di tali dati.*

*Per quanto attiene i profili di competenza è necessario preliminarmente tratteggiare i caratteri della figura del Data Protection Officer (DPO), che è diventata di nevralgica importanza nella realtà Pubbliche, in quanto non riveste semplicemente il ruolo di “tecnico” del diritto, ma assume necessariamente un peso determinante nei processi decisionali dell’Azienda in cui opera, divenendone un indispensabile supporto tecnico-giuridico; potrebbe essere definito come il “supervisor” dell’evoluzione digitale connotato da competenze legali e scientifiche.*

*Per tali ragioni il DPO dell’ente pubblico ha un ruolo attivo sia nell’esecuzione e monitoraggio del piano di adeguamento e sia nel modello di funzionamento a regime. Inoltre supporta il titolare del trattamento nello svolgimento degli adempimenti richiesti dalla normativa comunitaria, con funzioni di controllo e propositive, e consente di poter meglio affrontare le problematiche che l’applicazione della normativa comporta.*

*Nello specifico il Responsabile della protezione dei dati (DPO) svolge le funzioni previste dall’art. 39 del Regolamento UE 2016/679, ovvero di sorvegliare l’osservanza del presente regolamento, di altre disposizioni dell’Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l’attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo.*

*In particolare, il DPO deve informare e fornire consulenza al titolare del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento; indicare al Titolare le aree funzionali alle quali riservare un audit interno o esterno in tema di protezione dei dati, sensibilizzare attraverso le attività di formazione interna per tutto il personale che tratta dati personali, e su quali trattamenti dedicare maggiore attenzione.*

*L’attività di sorvegliare l’osservanza del Regolamento UE 2016/679 e delle altre disposizioni dell’Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l’attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo, costituisce il cardine delle attività del DPO.*

*E’ utile poi evidenziare come, dal mese di febbraio 2020 e nel corso di quelli seguenti, il legislatore, in risposta all’emergenza, ha posto in essere un numero significativo di norme, declinate in provvedimenti di diverso ordine gerarchico, molte di queste hanno avuto un significativo impatto sulla protezione dei dati dei cittadini in generale e dei dipendenti in particolare.*

*Al fine di rendere esemplificare il tipo di impatto che il “virus” ha avuto sui dati si sottolinea come le norme prodotte in materia di protezione dei dati, raccolte in un significativo compendio documentale presente sul sito del Garante per la protezione dei dati, superano le 1100 pagine.*

*Ciò detto nell’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata il Data Protection Officer aziendale è stato coinvolto sin dall’inizio della pandemia nei processi e la sua azione si è sviluppata a supporto delle funzioni aziendali coinvolte su provvedimenti e procedure impattanti sui cittadini e sui dipendenti, con evidenti connessioni tra le stesse figure di interessati.*

*Si elencano di seguito, in via esemplificativa ma non esaustiva, le procedure e le azioni che hanno visto presente e coinvolto il Data Protection Aziendale nel corso dell’anno 2020, con la relativa data.*

- Attività di supporto e consulenza, anche spot, alla Direzione Strategica (Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria con riferimento al trattamento dei dati, riferito all'intero anno 2020;*
- Attività di supporto e consulenza alla U.O.C. Affari Generali e gestione amministrativa ALPI per attività convenzionale con altri Enti ed Aziende Sanitarie Locali del Lazio, sugli atti convenzionali e sugli atti di nomina a responsabile esterno del trattamento dei dati, riferito all'intero anno 2020;*
- Attività di supporto e consulenza alla UOC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri su richieste di documentazione ed accesso agli atti (cartelle cliniche e documentazioni sanitarie) con riferimento al trattamento dei dati, riferito all'intero anno 2020;*
- Attività di supporto e consulenza alla UOSD Attività Amministrativa Legale su richieste di documentazione ed accesso agli atti (cartelle cliniche e documentazioni sanitarie) con riferimento al trattamento dei dati, riferito all'intero anno 2020;*
- Attività di supporto e consulenza alla UOC Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane su richieste relative alla pubblicazione di atti amministrativi con riferimento al trattamento dei dati, riferito all'intero anno 2020;*
- Formazione ed istruzione aziendale in presenza in materia di protezione dei dati personali, nel mese di gennaio e febbraio 2020 (nello specifico 4 sessioni dedicate ai coordinatori infermieristici);*
- Parere su trattamento dei dati personali e particolari in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, comprensiva di modulistica e soggetta a diversi aggiornamenti 27 febbraio 2020;*
- Parere su gestione dei pazienti endocrinologici e diabetologici nella fase di emergenza Covid 19 UOSD di Endocrinologia e Diabetologia 9 marzo 2020*
- Informativa per il trattamento dei dati effettuati nel corso dell'attività anamnestica (Covid-19) - bozza questionario anamnestico 9 marzo 2020;*
- Parere alla Procedura informatizzata dell'albo pretorio e supporto alla redazione delle certificazioni di pubblicazione delle deliberazioni e delle determinazioni con la alla U.O.C. Affari Generali e gestione amministrativa ALPI 10 aprile 2020;*
- Parere sulla Convenzione tra l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata e la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata per attività chirurgica e supporto alla scrittura del relativo atto di contitolarità del trattamento dei dati, 15 aprile 2020;*
- Parere sulla procedura di rete Intelligenza Artificiale-Covid 19 con il Policlinico Campus Bio Medico di Roma, 16 aprile 2020;*
- Parere sul documento denominato Istruzione operativa "Precauzioni per gli operatori all'accesso in servizio e obbligo di mascherina" redatta dalla Direzione Sanitaria, 27 aprile 2020;*
- Parere sul documento denominato Procedura gestione ditte terze in ottemperanza del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 14 marzo 2020 fra il Governo e le parti sociali", le cui norme sono state confermate e specificate dal successivo Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento*

della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Governo e le Parti sociali, di cui all'allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020 6 maggio 2020;

Parere sul documento denominato *Procedura gestione dipendenti in ottemperanza del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 14 marzo 2020 fra il Governo e le parti sociali*”, le cui norme sono state confermate e specificate dal successivo Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Governo e le Parti sociali, di cui all'allegato 6 del D.P.C.M. 26 aprile 2020 maggio/giugno 2020;

Parere sulla procedura denominata *Indagine di sieroprevalenza su operatori SSR, FF.OO. e in specifici contesti di comunità, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 24 aprile 2020, n. 209 - Indicazioni operative, atti e documentazione conseguente in diverse revisioni, Maggio 2020;*

Parere sulla procedura relativa alla somministrazione del Test sierovirologico x ricerca Ab anti-SARS CoV-2 donatori periodici e volontari. 27 maggio 2020 con UOC di Medicina Trasfusionale, 27 maggio 2020;

Partecipazione alla redazione della procedura afferente all'Accordo convenzionale tra il Ministero dell'Economia e Finanza, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata e la Regione Lazio avente ad oggetto l'indagine di sieroprevalenza attività di screening, pareri in materia di protezione dei dati e supporto alla redazione della documentazione afferente giugno/ luglio 2020;

Partecipazione all'incontro in tema di Sicurezza informatica con principale fornitore esterno di servizi informatici presso la UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, Uso razionale dell'energia, Manutenzione edile e impiantistica e UOSD ICT settembre 2020;

Partecipazione alla procedura relativa alle attività di esecuzione dei tamponi molecolari ed antigenici maggio/ottobre 2020;

Partecipazione alla redazione della procedura afferente all'Accordo convenzionale tra il Ministero della Salute, il NAS, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata e la Regione Lazio avente ad oggetto l'indagine di sieroprevalenza attività di screening, pareri in materia di protezione dei dati e supporto alla redazione della documentazione afferente ottobre 2020;

Partecipazione alla procedura di sviluppo e rilascio della App “Orienta” con riferimento alla protezione dei dati personali dicembre 2020;

Attività di audit per protezione dati presso UOC Patologia Clinica- Dipartimento Servizi di diagnosi e cura e Medicina Trasfusionale (doc. all. 1)

In considerazione dello stato di emergenza legato all'epidemia da COVID-19, deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020 ed in essere attualmente sino al 30 aprile 2021, come evidenziato si sono susseguiti, in tempi assai ravvicinati ed in ragione dell'aggravarsi dello scenario nel contesto nazionale, interventi normativi volti a individuare misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica.

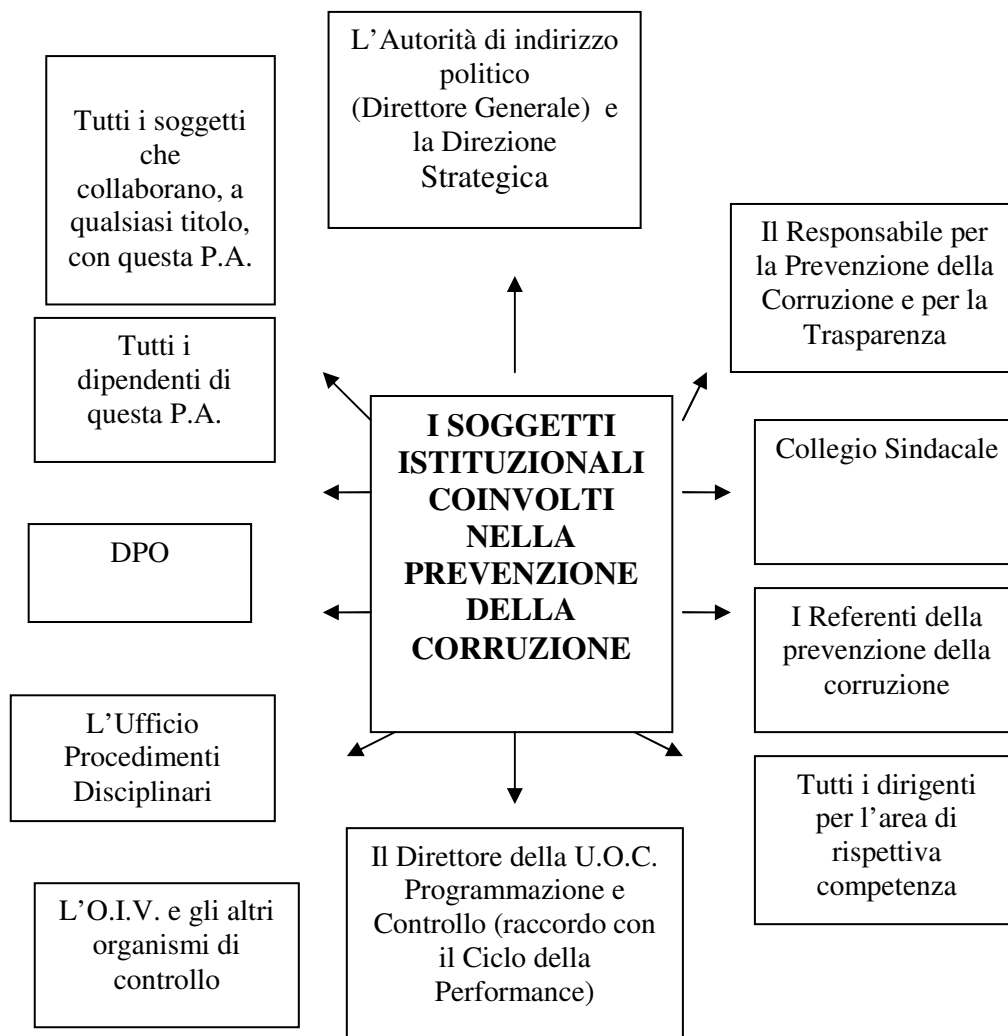
Tali interventi normativi e la situazione pandemica hanno fortemente condizionato ed indirizzato l'attività del Data Protection Aziendale al supporto, per la parte della protezione dei dati, di tutte le funzioni aziendali impegnate a vario titolo nel contrasto pandemico.

In tale prospettiva verranno rafforzate le attività poste in essere nell'anno 2020 con il chiaro obiettivo di rendere sempre più maturo il sistema data protection aziendale ed ove necessario implementare eventuali azioni correttive, anche in risposta all'emergenza in corso.

Tale situazione pandemica ha reso indispensabile una sempre maggiore digitalizzazione dei processi e per tale ragione viene, inoltre, indicato l'obiettivo di supportare e di sostenere l'azione del Responsabile Transizione Digitale, affinché la sua attività sia svolta nel rigoroso rispetto dei principi posti a presidio dei dati personali.

Si evidenzia, infine, che il DPO è chiamato a svolgere, per tutta l'amministrazione, specifici compiti, anche di supporto, di natura informativa in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali, e che per tali motivi rimane imprescindibile l'interazione tra quest'ultimo e l'RPCT.

Si riporta di seguito lo schema illustrativo dei soggetti che, a diverso titolo, partecipano alle attività aziendali di prevenzione e contrasto dell'illegalità:



## I.6 Individuazione delle Aree Aziendali di Rischio, Obbligatorie ed Ulteriori

Sul piano legislativo sono state individuate le seguenti aree di attività per le quali sussiste l'obbligo di applicare la trasparenza e la prevenzione della corruzione, con carattere imperativo e inderogabile (art. 1, comma 16, Legge n. 190/2012; Allegato n.2 al P.N.A. 2013/2015, Aggiornamento 2015 al PNA dell'Autorità Nazionale Anticorruzione -Piano Nazionale Anticorruzione -determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015).

- a) *Autorizzazione e concessione*: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del Codice dei contratti pubblici di cui al D.L.vo n. 50 del 18 aprile 2016: definizione dell'oggetto dell'affidamento; individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; requisiti di qualificazione; requisiti di aggiudicazione; valutazione delle offerte; verifica dell'eventuale anomalia delle offerte; procedure negoziate; affidamenti diretti; revoca del bando; redazione del crono programma; verifica dell'assenza del conflitto di interesse dei componenti delle commissioni di gara; varianti in corso di esecuzione del contratto; subappalto; utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto; rotazione del contraente aggiudicatario;
- b) *Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24, del d. lgs. n. 150/2009* (reclutamento; progressioni di carriera; conferimento di incarichi di collaborazione; incarichi nomine): indicazione analitica nella deliberazione di indizione della procedura selettiva, dei presupposti di fatto e di diritto di natura programmatica e dell'avvenuta preventiva verifica dell'effettivo fabbisogno dei posti messi a concorso, così come previsto dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015; vincolare il tempo di assegnazione di incarichi dirigenziali temporanei; ) vigilare sulla celere indizione e svolgimento di procedure selettive in caso di assenza del titolare dell'incarico così come previsto dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015; obbligo dell'aspirante membro della Commissione, qualora emerga una situazione di incompatibilità, conflitto di interessi e/o inconferibilità di astenersi con conseguente informativa al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'adozione degli atti consequenziali (accertamento e rimozione della situazione illecita riscontrata, con sostituzione del componente);
- c) *Gestione delle entrate, e delle spese del patrimonio*: consultazione preliminare di mercato in base all' art. 66 del D.Lgs. 50/2016. Protocollo di vigilanza collaborativa con l' ANAC del 10/04/2018;
- d) *Controlli verifiche ed ispezioni e sanzioni*: tra le attività dell'Azienda per prevenire il rischio corruzione è la promozione di verifiche in tema di incompatibilità dei dipendenti, con coinvolgimento di altre P.A., e riscontro delle richieste esterne di verifica sulla stessa materia;



- e) *Affari legali e contenzioso*: l'ufficio aggiorna costantemente l'albo dei legali esterni e dei relativi affidamenti, per garantire un'adeguata alternanza degli incarichi. L'ufficio verifica la rispondenza dei preventivi ai parametri dati, per monitorare il rispetto dei succitati accordi. Trasmette trimestralmente all'Organo competente i report informativi relativi agli incarichi affidati e comunica gli esiti dei giudizi degli eventuali profili di inadempimento da parte del professionista nell'adempimento del mandato.
- f) *Attività libero professionale*: l'Azienda verifica che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari dell'inizio delle attività in regime libero professionale;
- g) *Liste di attesa*: attività gestita attraverso le azioni di monitoraggio previste nella mappatura dei capi dipartimento in accordo con le direttive della Regione Lazio;
- h) *Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie*. Le misure concordate con la UOC Farmacia sono le seguenti: definizione congiunta della programmazione con i clinici richiedenti; utilizzo di modulistica dedicata per richieste di farmaci e dispositivi, con allegata documentazione tecnico – scientifica; sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazioni in cui si attesta assenza interessi personali (conflitto di interesse); rotazione dei componenti i gruppi tecnici; monitoraggio sul rispetto delle Linee guida dettate in materia dall'AIFA e dalla Regione Lazio, per garantire la legalità, l'appropriatezza e la tracciabilità dei processi; vigilanza sui consumi mediante invio di report, elaborati su base trimestrale e suddivisi per centro di costo, ai Direttori di Dipartimento, contenenti la quantificazione numerica e di costo dei beni consumati.
- i) *Ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni*. La UOSD Formazione, Didattica e Ricerca pone in essere le seguenti misure per la prevenzione della corruzione in materia di sperimentazioni: redazione di un verbale inerente l'approvazione delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali da parte della Direzione Sanitaria; verifica e validazione della modulistica a cura dello sperimentatore principale, in particolare riferita alla assunzione di responsabilità ed alla dichiarazione di assenza di conflitto di interessi; pubblicazione degli sperimentatori a titolo oneroso; creazione di una banca dati per la verifica quantitativa e qualitativa della correlazione tra promotori e sperimentatore principale.

In aggiunta alle aree 'obbligatorie' sopra indicate, ogni P.A. deve identificare aree di attività 'ulteriori' e specifiche, in rapporto sia al settore di attività sia all'interesse pubblico perseguito.

Questa Azienda, in linea con la *mission* ospedaliera, di assistenza e di cura, conferma le aree di rischio mappate nei precedenti PTPCT e procede con il presente atto programmatico (relativo al triennio 2021/2023) alla individuazione di ulteriori aree di rischio in un'ottica di analisi sempre più dettagliata e puntuale dei rischi. Proprio per il conseguimento di tale finalità, si è ritenuto opportuno avviare un'azione sinergica con il Risk management, in quanto la metodologia di analisi della prevenzione di rischio è analoga, oltre ad esserci una evidente correlazione tra *mala gestio* amministrativa e l'errore clinico. Tale azione dovrà essere sviluppata nel corso degli anni, anche in ottemperanza alle indicazioni contenute nella citata Determinazione dell'ANAC. (cfr. par. 1.8)

## **I.7 Registro dei Rischi (o Mappatura dei Rischi) e Misure di Prevenzione**

### **I.7.1 Registro dei Rischi**

Il RPCT, unitamente ai Referenti per la prevenzione della corruzione designati per le aree esposte al fenomeno corruttivo, ha effettuato la compilazione della Mappatura o Registro dei rischi aziendali, quale complemento del P.T.P.C.T. 2021/2023.

All'esito della consultazione di tutti i Referenti e all'approvazione dell'Atto Aziendale da parte della Regione Lazio, è stata redatta la nuova mappatura- previa condivisione:

- della tipologia di rischio inerente alle linee di attività di ciascuna struttura 'mappata';
- del grado di rischio rilevato;
- delle misure generali/obbligatorie e specifiche/ulteriori, atte a prevenire e a contenere il rischio medesimo.

La scheda di rischio di ogni struttura, oltre ai dati sopra indicati, riporta i tempi di attuazione e la rendicontazione delle misure preventive. La scheda di rischio viene sottoscritta dal singolo Referente/titolare dell'incarico di struttura, che con la propria sottoscrizione si assume la responsabilità della individuazione dei rischi di corruzione/mala gestio ed assume la diretta responsabilità nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, consapevole del ruolo che la legge gli attribuisce e del supporto che devono fornire al RPCT. La suddetta scheda è controfirmata anche dal RPCT che in tal modo accerta la predisposizione della medesima e gli obblighi del referente.

Si rappresenta che l'esperienza maturata a decorrere dall'anno 2015, caratterizzata da rendicontazione semestrale, ha consentito di monitorare la realtà aziendale ad intervalli regolari.

Il metodo prescelto per la gestione del rischio ha carattere inclusivo e partecipativo; esso deriva dal confronto tra il RPCT ed i Referenti in materia e discende dall'applicazione del questionario di cui all'Allegato n.5 del P.N.A. 2013/2015 (rif. probabilità e prevedibile impatto del rischio) nonché dall'esame delle indicazioni contenute nell'Allegato n.6 del suddetto P.N.A.



### **I.7.2 Obbligo di Rendicontazione e Documentazione delle Attività Svolte**

Ad integrazione dell'esperienza applicativa degli anni precedenti, si conferma che la rendicontazione delle misure, attuate dalle strutture esposte al rischio, ha avuto carattere semestrale ed è stato redatto, in forma di report, in apposito schema prestampato fornito per via informatica ai Referenti da parte del RPCT.

Si anticipa sin d'ora che, ai fini certificativi, tale reportistica dovrà essere trasmessa al RPCT in originale o in via informatica e che dovrà essere puntualmente documentata, mediante produzione di elementi probatori o con espresso riferimento agli atti o ai provvedimenti adottati e acquisibili d'ufficio, ove richiesta, (ad es., con riferimento esplicito ad un provvedimento pubblicato in albo pretorio, attuativo di una delle misure assegnate in funzione anticorruzione, ovvero con esibizione dello stesso documento qualora richiesto).

A tal fine, si conferma la validità della metodologia già implementata, che consiste nell'illustrazione individuale dei reports semestrali, mediante incontri calendarizzati tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il RPCT.

L'opzione per la rendicontazione scritta, affiancata da singoli incontri illustrativi, risponde all'esigenza di consentire il più ampio confronto tra i Referenti ed il RPCT, atto a far emergere eventuali criticità, osservazioni, proposte migliorative, misure ulteriori e possibili inadempienze in ambito locale.

### **I.7.3 Le misure di prevenzione e contrasto dell'illegalità - *definizione e caratteri***

In generale, per garantire comprensibilità ed efficacia, le misure di prevenzione devono essere:

- enunciate analiticamente nel P.T.P.C.T. (in forma descrittiva) e nel Registro dei rischi (per la ripartizione e assegnazione delle misure alle diverse strutture);
- collegate ad obiettivi nel ciclo della performance (per la successiva valutazione dirigenziale);
- assoggettate a rendicontazione periodica, da parte dei Referenti, nei confronti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Tali misure hanno carattere:

- Preventivo  
(con efficacia *ex ante*, per scoraggiare i fattori locali favorenti l'illecito, prima che questo possa essere commesso);
- Deflattivo (per contenere il fenomeno dell'illegalità);

- Complementare (in aggiunta alle tradizionali misure sanzionatorie, successive e repressive, che operano *ex post*);
- Vincolante o cogente (la violazione delle misure dettate dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione determina responsabilità disciplinare).

Gli interventi di cui sopra possono essere distinti convenzionalmente come di seguito indicato:

- **MISURE GENERALI ED OBBLIGATORIE**  
(la cui vincolatività discende direttamente dalla Legge o da altra fonte normativa e che per questo si intendono obbligatorie per tutti senza nessuna esclusione, queste misure saranno soggette a monitoraggio e valutazione della performance).
- **MISURE SPECIFICHE ED ULTERIORI**  
(concertate tra i Referenti ed il RPCT, e rese obbligatorie dall'inserimento nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (anche queste misure saranno monitorate e valutate ai fini della performance).
- **MISURE DI CARATTERE TRASVERSALE**  
(che possono essere obbligatorie od ulteriori, aderendo ad una delle categorie sopra annoverate. Esse sono indicate nelle schede di rischio delle strutture c.d. 'esposte', trattandosi di interventi comuni, quali ad esempio quelli inerenti:
  - alla trasparenza
  - all'informatizzazione dei processi ed all'accesso telematico ai dati, ai documenti ed ai procedimenti, con possibilità di riutilizzo dei medesimi;
  - al monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali.

#### **1.7.4 Misure Preventive Obbligatorie - Elenco Generale**

Esse si evincono:

- dalle fonti normative primarie, vigenti in materia:  
D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 190/2012  
Legge n. 190/2012 e successivi Decreti delegati (D. L.vo 33/13 e D. L.vo 39/13);  
Legge n. 114/2014 e successivo Decreto delegato (D.L.vo 97/16);  
D.L.vo n. 50 del 18 Aprile 2016 e s.m.i.  
GDPR n. 679 del 25 maggio 2018.
- da altre fonti normative, di livello secondario:

Intesa 24.07.13 della Conferenza delle Regioni;

Piano Nazionale Anticorruzione 2013 Deliberazione 72/2013 ANAC

Aggiornamento 2015 al Piano nazionale Anticorruzione- determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015

Piano Nazionale Anticorruzione 2016 Deliberazione ANAC n. 831 del 3.8.2016

Piano Nazionale Anticorruzione 2017 Deliberazione ANAC n. 1208 del 22.11.2017

Piano Nazionale Anticorruzione 2018 Deliberazione ANAC n. 1074 del 21.11.2018;

Piano Nazionale Anticorruzione 2019 Deliberazione ANAC 1064 del 13 novembre 2019

Inoltre, a fini interpretativi, rilevano:

- le Delibere dell'A.N.A.C., nonché le Circolari, le linee guida, i pareri e le direttive della stessa Autorità e del Dip. Funzione Pubblica, consultabili sui rispettivi siti web.

ELENCAZIONE DELLE MISURE OBBLIGATORIE DI CARATTERE GENERALE, come sopra definite, con riserva di ripartizione e assegnazione delle stesse alle singole strutture organizzative:

- a) elaborare la Mappatura dei processi e delle aree di attività maggiormente soggette al fenomeno corruttivo, previa collaborazione tra i Referenti delle singole strutture e il RPCT, per la condivisione di misure generali e specifiche correlate ai rispettivi processi;
- b) attivare un programma di reportistica informatizzata, che i Referenti/Direttori delle strutture esposte al rischio-illegalità devono inviare con cadenza semestrale al RPCT, ai fini del monitoraggio e della rendicontazione, illustrando le specifiche misure adottate *de facto* nell'attività svolta (misure indicate nella distinta mappatura del rischio e/o eventuali misure aggiuntive);
- c) pubblicare nel sito web istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno, o altra data indicata dall'ANAC la scheda – questionario, in formato excel, relativa all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPC per l'anno precedente;
- d) sul piano operativo, assicurare coordinamento e dialogo tra uffici e relative banche dati, soprattutto per esigenze di collaborazione con il RPCT;
- e) sul piano regolamentare, attuare un concreto raccordo tra i seguenti Piani aziendali, per addivenire ad una pianificazione coerente e condivisa: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione - P.T.P.C. (Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità - P.T.T.I. ricompreso nel PTPC e Piano per la Performance -P.P.-; in particolare, collegare le misure anticorruzione (programmate nell'adottanda Mappatura dei rischi) a specifici obiettivi, nell'ambito del ciclo della performance;
- f) assicurare la massima diffusione del presente Piano, informando le Organizzazioni Sindacali, la preventiva consultazione dell'O.I.V. e delle Associazioni e/o Organizzazioni portatrici degli interessi collettivi e pubblicandolo nel sito web istituzionale (*Internet e Intranet*), con valore di notifica per la

generalità dei dipendenti, dell'utenza e di tutti coloro che hanno interesse a contribuire al miglioramento del presente Piano;

g) effettuare verifiche, a campione, d'ufficio o su segnalazione, aventi ad oggetto le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio, presentate da soggetti esterni o dai dipendenti ai sensi degli artt. 46 e 47, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. Le modalità per l'esecuzione della verifica sono quelle notoriamente dettate dall'art. 71 e ss. del medesimo D.P.R. Tali controlli possono avere carattere preventivo o successivo, rispetto all'adozione del provvedimento finale, e debbono essere eseguiti in tutti gli ambiti di attività in cui vengano ricevute autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive (a titolo esemplificativo, per approvvigionamenti e gare, assunzione di personale, riconoscimento di pregresso stato giuridico dei dipendenti, autorizzazione di attività extra-istituzionale, riconoscimento di benefici giuridici ed economici, concessione di sussidi o sovvenzioni, ecc.), particolarmente nelle aree soggette a maggior rischio di corruzione come individuate ex lege (art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012). In particolare per quanto riguarda le "dichiarazione sull'assenza del conflitto di interesse", sono state predisposte negli anni precedenti previa consultazione con Referenti aziendali, e dovranno essere aggiornate dagli stessi Referenti in caso di modifiche normative o per soddisfare eventuali ulteriori necessità. I modelli di dichiarazione di assenza del conflitto di interesse attualmente adottati sono i seguenti:

- per la Commissione di aggiudicazione limitatamente ai casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente piu' vantaggiosa dell'art. 77 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., lo schema di dichiarazione da rendere a cura del Presidente della Commissione, dei componenti e del segretario, assicurare la rotazione dei componenti della commissione (allegato n. 6 al PTPCT 2018/2020);
- per i D.E.C. (allegato n. 7 al PTPCT 2018/2020);
- per i collaudatori nominati ai sensi dell'art. 102 co. 7 d.lgs n. 50/2016 (allegato 6A al PTPCT 2017/2019);
- per i RUP dei servizi e forniture nominati ai sensi dell'art. 31 d.lgs n. 50/2016 e delle linee guida ANAC n. 3 del 2016 attuative del d.lgs n. 50/2016 (allegato 6 al PTPCT 2017/2019);
- per i RUP dei lavori nominati ai sensi dell'art. 31 d.lgs n. 50/2016 e delle linee guida ANAC n. 3 del 2016 attuative del d.lgs n. 50/2016 (allegato 6D al PTPCT 2017/2019).

In tutte le tipologie di procedimento amministrativo occorre predisporre una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza del conflitto di interessi, inteso anche in senso potenziale, da acquisire preventivamente - all'inizio di ogni anno solare - dai dipendenti, ovvero sulla non ricorrenza delle cause di incompatibilità e di inconfiribilità degli incarichi (allegati 6F e 6G al PTPCT 2017/2019), in applicazione dell'art. 20, D.lgs. n.39/2013, del T.U. sul Pubblico Impiego e delle indicazioni contenute nel P.N.A. (ad es., in generale, nei procedimenti di assunzione e conferimento di incarico professionale; in particolari tipologie di procedimento autorizzativo, finalizzato a consentire lo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dipendenti, in quanto

costituenti fattispecie notoriamente caratterizzate da alto rischio; nei procedimenti di affidamento, a soggetti esterni e interni, dell'incarico di componente di una commissione per l'espletamento di concorso pubblico, ecc.);

- h) regolare, in generale, i potenziali casi di conflitto di interessi; approntare specifica modulistica da utilizzare nei procedimenti caratterizzati dal rischio-corrruzione, per acquisire preventivamente dai dipendenti una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza del conflitto di interessi per la nomina delle commissioni di concorso (allegato 6 E al PTPCT 2017/2019)
- i) sostenere la procedura informatizzata, già predisposta, per l'istituto del c.d. Whistleblowing o Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti, che è caratterizzata da una tutela rinforzata della riservatezza, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. n.165/2001 e s.m.i. e modificato dalla legge 30.11.2017 n. 179; (cfr. par. 1.8.2); sostenere il canale comunicativo con l'esterno già attivato parallelamente dalla U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione interna;
- j) dare attuazione al c.d. 'divieto di *Pantouflage o Revolving doors*', vigente per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro del pubblico dipendente, ai sensi dell'art.53, 16-ter, T.U. sul Pubblico Impiego, prevedendo specifiche misure di prevenzione al riguardo (cfr. par. 1.8.4);
- k) attuare la rotazione del personale, quale misura di carattere preventivo e successivo (cfr. par. 1.8.1);
- l) introdurre negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito - predisposti dalle U.O.C. istituzionalmente legittimate - i c.d. Protocolli di legalità o Patti di integrità per l'affidamento di commesse, con l'espresso avviso che il mancato rispetto delle clausole in essi contenute è causa di esclusione dalla gara, ex art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012 (cfr. par. 1.8.3 ) (allegato 8 al PTPCT 2017/2019);
- m) assicurare il principio della rotazione degli affidamenti a ogni tipologia di fornitore;
- n) attuare la formazione del personale, generica e specifica (sulle materie istituzionali nonché sulla normativa anticorrruzione ad esse applicata), e individuare annualmente i nominativi del personale da destinare a specifico aggiornamento, d'intesa tra i Referenti per la prevenzione della corruzione ed il RPCT ed i dirigenti (cfr. par. 1.10)
- o) assicurare gli adempimenti sulla Trasparenza, con pubblicazione nel sito web istituzionale dei dati sui provvedimenti adottati dall'Amministrazione nelle aree prescritte dal legislatore (art.1, comma 16, Legge n. 190/2012) e alimentare periodicamente la pubblicazione delle informazioni prescritte dal D. Lgs. n. 33/2013 , così come modificato dal D.L.vo n. 97/2016 in apposita sezione del sito web

aziendale denominata “Amministrazione Trasparente”; osservare le prescrizioni di dettaglio contenute nel presente documento, Parte Seconda: Trasparenza e nella Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione allegata al presente PTPCT per consentire il controllo sulle decisioni aziendali da parte dei soggetti esterni e, in modo particolare, sulle attività più esposte al rischio di corruzione, ex art. 1, comma 9, lett. b), della Legge n. 190/2012;

- p) monitorare l’effettivo rispetto dei termini procedurali nelle strutture organizzative, a cura dei Referenti, con progressiva eliminazione delle anomalie (art. 1, co. 28, Legge n.190/2012) e con giustificazione di eventuali scostamenti/deroghe in sede di rendicontazione semestrale;
- q) garantire la completa tracciabilità dei processi e dei procedimenti amministrativi nonché l’accesso telematico ai dati mediante informatizzazione dei medesimi, con monitoraggio da parte dei Referenti, in modo da poter fornire tempestivamente ai richiedenti/aventi diritto le notizie sullo stato di avanzamento, sui tempi, sul nominativo del responsabile del procedimento, ivi compresa l’indicazione dell’indirizzo-PEC aziendale per le comunicazioni, oppure fornendo agli aventi diritto i riferimenti per il collegamento ipertestuale ai provvedimenti già pubblicati nel sito web istituzionale. Ciò concorrerà a potenziare sia l’apertura dell’Amministrazione verso l’esterno, anche per via telematica, sia le forme di controllo diffuso sull’attività istituzionale da parte dell’utenza;
- r) assicurare la trattazione dei procedimenti in ordine cronologico, salvo eccezionali ragioni, onde evitare possibili favoritismi da parte del personale preposto;
- s) garantire la verbalizzazione degli incontri di lavoro, al fine di ufficializzarne i contenuti e gli accordi e di consentire la tracciabilità dei processi;
- t) obbligo del rispetto ed applicazione del codice di comportamento adottato con deliberazione n. 730/DG del 2.08.2018 e trasmissione al RPCT di una relazione illustrativa degli atti posti in essere dal responsabile della struttura e dei risultati di monitoraggio interno;
- u) rispetto della normativa in materia di protezione dei dati;
- v) rispetto ed applicazione di tutte le disposizioni aziendali emanate ed emanande.

Tutti i modelli di dichiarazione di conflitto di interesse sono pubblicati sul portale aziendale -modulistica- modelli di assenza conflitto di interesse e patti di integrità. La modulistica per la segnalazione illeciti di cui al punto i) si trova su home intranet – link utili – segnalazione di illecito.

### 1.7.5. Misure Ulteriori e Specifiche - *elenco generale*

Le misure ulteriori e specifiche vengono proposte dai referenti aziendali per la prevenzione della corruzione, per essere discusse e condivise con il RPCT, in rapporto ai processi dagli stessi diretti, e rientrano nella esclusiva competenza del referente aziendale .

SEGUE L'ELENCAZIONE DELLE PRINCIPALI MISURE SPECIFICHE, che verranno riproposte ed assegnate alle varie strutture con la Mappatura dei rischi:

- a) condurre verifiche periodiche sulle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai dipendenti; adottare specifica modulistica per gli incarichi extra-istituzionali da essi svolti al di fuori dell'orario di servizio e soggetti ad autorizzazione datoriale ex art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.; pubblicare in forma aggregata (elenco massivo) i dati delle autorizzazioni già definite, in apposita sezione del sito web istituzionale;
- b) intensificare la collaborazione tra RPCT, DPO, Ufficio Controllo Interno, UOSD ICT, UOC Programmazione e Controllo e U.O.S.D. URP e Comunicazione interna e, in particolare, continuare a sostenere presso l'U.R.P. l'apposito canale di comunicazione istituito per acquisire eventuali segnalazioni della cittadinanza su presunti episodi di corruzione e/o conflitto di interessi, da trasmettere tempestivamente al RPCT per l'istruttoria;
- c) raccomandare al personale di questa Azienda Ospedaliera l'osservanza di una condotta eticamente corretta ed allineata alle migliori pratiche nei rapporti con i pazienti/utenti, quale misura ispirata alla precipua *mission* istituzionale;
- d) adottare Regolamenti/Codici interni e adeguare alla normativa anticorruzione quelli già esistenti, anche al fine di disciplinare le attività istituzionali secondo criteri oggettivi e predeterminati, atti a contenere la discrezionalità e ad eliminare eventuali episodi di 'favoritismo';
- e) sostenere la pubblicazione sul sito web aziendale (Intranet) di Avvisi/Comunicati destinati ai dipendenti, su casi esemplificativi anonimi tratti dall'esperienza concreta dell'amministrazione, in cui si prospetta il comportamento non adeguato (che realizza l'illecito disciplinare) ed il comportamento che invece sarebbe stato opportuno o doveroso tenere, anche alla luce degli indirizzi dell'A.N.AC. e del Dipartimento Funzione Pubblica (tale iniziativa, in linea con le previsioni del P.N.A. 2013/2015, è risultata efficace, a fini di informazione interna, essendo finalizzata a riproporre in corso d'anno norme ed esempio di taglio pratico, ricorrenti nelle quotidiane attività della P.A.);

- f) regolare l'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato;
- g) dare informazione della disciplina nazionale ed aziendale -in tema di prevenzione della corruzione- al personale di nuova assunzione o immesso in servizio a seguito di mobilità, mediante esibizione della normativa o più semplicemente attraverso l'indicazione dei links per la consultazione informatica dei testi normativi, con informazione dell'esistenza in Azienda dell'Ufficio del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione; continuare a richiamare la disciplina anticorruzione (la Legge n. 190/2012, il vigente P.T.P.C. ed il Registro dei rischi, e del Codici di comportamento) nei contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione;
- h) applicare il codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione n. 730/DG del 02 agosto 2018, tenuto conto delle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 358 del 29 marzo 2017 avente ad oggetto: *"Linee guida per l'adozione del codice di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale"*;
- i) condurre verifiche sulla ricorrenza delle situazioni di incompatibilità e di inconfiribilità, all'atto del conferimento di un incarico, come descritte nel D. Lgs. n. 39/2013, per il quale è stato predisposto apposito modello di dichiarazione (allegati 6 G- 6H al PTPCT 2017/2019).

In proposito si prende atto delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. con la Delibera n.149 del 22.12.2014, che è interpretativa del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario e modificativa del parere rilasciato con Delibera n. 58/2013 dall'ex Civit.

- l) pubblicazione dei dati e dei documenti nel sito web aziendale Sezione Amministrazione Trasparente, in attuazione del D.L.vo n. 33/2013, così come modificato dal D.L.vo n. 97/2016 e linee guida attuative e come indicato nella Griglia allegata al presente PTPCT.

## **I.8 Misure approfondite nei precedenti PTPCT o oggetto di approfondimento nel presente PTPCT 2021-2023**

Ciascuna misura anti corruttiva descritta nel presente paragrafo, salvo diversa precisazione, è stata ampiamente trattata nei precedenti PTPCT, cui si rinvia per i dettagli metodologici.



### 1.8.1 Rotazione del Personale

- **Rotazione Programmata** del personale apicale (dirigenti, titolari di posizione organizzativa e funzionari)

Tale misura costituisce un presidio anticorruzione di carattere organizzativo e obbligatorio, da attuare in ambito aziendale, compatibilmente con le risorse umane disponibili e fatte salve eventuali specifiche professionalità. In considerazione dell'attuale fase storica, caratterizzata da un lungo periodo di criticità economiche e del blocco del *turn over* di personale, occorre dare attuazione a tale misura nelle strutture interne che sono dotate di un congruo numero di personale.

- Per quanto attiene alla rotazione (programmata) occorre fare un breve accenno al fatto che trattandosi di azienda sanitaria la dirigenza sanitaria e sanitaria non medica – stante il carattere di infungibilità – non può essere sottoposta a rotazione. Per quanto attiene, invece, all'area del comparto, negli ultimi anni, a causa del blocco del *turn over*, la rotazione è stata attuata in minima parte. Oggi, al contrario, grazie alle assunzioni- seppur a tempo determinato - di nuovo personale è stato possibile far ruotare il personale nella maggior parte delle aree, e soprattutto di quelle aree riconosciute dall'ANAC come aree più esposte a rischio corruzione. In alcuni casi in cui la misura della rotazione non trova attuazione a causa di personale limitato si suggerisce di scindere in fasi il processo assegnandolo a dipendenti diversi e condividere il più possibile le varie procedure, anche attraverso l'utilizzo di cartelle informatizzate condivise, che consentono una maggiore visibilità dei processi all'interno dello stesso ufficio.
- Per quanto attiene alla dirigenza diversa dall'aria sanitaria e sanitaria non medica, l'Azienda, negli ultimi anni ha dovuto garantire la continuità dei servizi ricoprendo posti vacanti ( o momentaneamente vacanti) attraverso l'espletamento di Avvisi Pubblici a tempo determinato, che per questo hanno comunque garantito una forma di rotazione.
- Per quanto attiene invece al conferimento degli incarichi, l'Amministrazione procede regolarmente ad indire un apposita procedura (espletamento di Avviso) per il conferimento degli incarichi di dirigenza. Nello specifico, nell'anno 2020, l'Azienda ha fatto ruotare- assegnando ad altra unità operativa- n. 10 Dirigenti Medici non di nuova assunzione.

Per quanto attiene al personale dirigenziale afferente all'area amministrativa, si fa presente che la quasi totalità degli incarichi dirigenziali, tuttora in corso, è stata attribuita nell'anno 2015, nel rispetto della vigente regolamentazione legislativa, contrattuale ed aziendale in materia, con durata rispettivamente settennale per gli incarichi di direzione di Unità Operativa Complessa e quinquennale per le altre tipologie di incarichi. Si precisa che ad avvenuta scadenza di detti incarichi dirigenziali si procederà alla nuova attribuzione degli stessi, sempre nel rispetto della vigente disposizione legislativa, contrattuale ed aziendale in materia, tenuto, naturalmente, conto delle eventuali modifiche che sopravverranno alla stessa a seguito del nuovo CCNL dell'Area Dirigenza Professionale Tecnica ed Amministrativa.

Si riporta di seguito lo schema di sintesi dei dipendenti presenti in servizio alla data del 31.12.2020

(...)

### **Rotazione Straordinaria**

Si conferma la prescrizione secondo cui, ove sia stato intrapreso un procedimento disciplinare e/o penale nei confronti di un dipendente per condotte di natura corruttiva nell'esercizio delle proprie funzioni, occorre attuare la rotazione c.d. successiva assegnando tale lavoratore ad altra struttura, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto di lavoro, ove necessario.

Restano fermi i casi di rotazione previsti per la revoca dell'incarico e nelle ipotesi di applicazione di misure cautelari, sempre con salvaguardia della continuità dell'azione amministrativa.

Al fine di poter dare attuazione alla citata misura, si rende necessario intensificare la formazione del personale, in modo da generare una conoscenza omogenea dei processi lavorativi ed evitare l'eccessiva infungibilità di funzioni tra i dipendenti.

In ogni caso, la rotazione del personale è tra le misure previste dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione, pertanto, il Responsabile dell'Ufficio dovrà applicarla ogni volta che, tenuto conto delle risorse a disposizione, sarà possibile o nei casi in cui la misura dovesse rendersi necessaria per evitare eventuali conflitti di interesse o situazioni che possano far nascere dubbi sulla "correttezza o imparzialità" della procedura seguita.

### **1.8.2 Segnalazioni di illeciti: regolamentazione del c.d. WHISTLEBLOWING e di altri tipi di segnalazione - integrazione della disciplina legislativa ed aziendale**

Al fine di dare attuazione al c.d. Whistleblowing, ai sensi dell'art. 54-bis, del decreto lgs. n. 165/2001, introdotto per effetto della Legge 6.11.2012, n. 190, questa Azienda Ospedaliera ha predisposto un canale informatizzato - riservato e differenziato per la segnalazione da parte dei medesimi di presunti episodi di corruzione ovvero di condotte, fatti o atti illeciti riscontrati nell'ambito dell'attività istituzionale. Alla luce delle modifiche introdotte dalla Legge 30.11.2017, n. 179, recante norme sulla "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" questa Azienda ha adeguato la procedura alle nuove disposizioni normative.

La procedura di Whistleblowing, posta a regime già con il PTPCT 2020-2022, consta dei seguenti elementi costitutivi, che sono necessari per il corretto funzionamento:

- *istruzioni scritte* per l'utilizzo dell'istituto, che ne illustrano le caratteristiche essenziali;
- *modulo prestampato utilizzabile per la presentazione di segnalazioni*, in modo da assicurare uniformità e completezza delle dichiarazioni rese;

- canale informatizzato per la presentazione di segnalazioni da parte di dipendenti - casella di posta elettronica [segnalazioneilleciti@hsangiovanni.roma.it](mailto:segnalazioneilleciti@hsangiovanni.roma.it)

Le istruzioni per l'utilizzo della procedura e il modulo (*allegati n. 8 e n. 8A PTPCT 2018/2020*) sono rinvenibili nel sito aziendale seguendo il percorso: *intranet aziendale – link utili – segnalazioni illeciti*.

Il modello prestampato è stato predisposto per agevolare la presentazione di segnalazioni, le quali debbono essere adeguatamente documentate e circostanziate, ossia, devono contenere elementi atti a dimostrare la possibile fondatezza della dichiarazione e ad identificare fatti, luoghi, uffici e/o soggetti coinvolti nella vicenda o situazione ivi rappresentata. In altri termini, tali segnalazioni devono fornire prova della propria attendibilità, e non avere carattere strumentale -denigratorio, discriminatorio o delatorio- per meri scopi personali o rivendicativi, (esulano dal campo di applicazione di tale 'strumento anticorruzione', ad esempio, le mere rivendicazioni, contestazioni e/o lamenti di un dipendente nei confronti del proprio diretto superiore gerarchico, per motivi inerenti alla gestione del rapporto di lavoro o di servizio. Per le stesse ragioni, ne è vietato l'uso eventualmente diretto a denigrare i colleghi, che configurerebbe peraltro un'ipotesi sanzionabile per violazione dei vigenti Codici di Comportamento -nazionale e aziendale- e dei Regolamenti disciplinari interni).

Si sottolinea che l'utilizzo di tale mezzo informatizzato, ai sensi di legge, potrebbe costituire un ulteriore veicolo per orientare e correggere l'azione amministrativa secondo modalità protette e riservate, intendendo con ciò porre in luce gli aspetti più *propriamente civili ed etici* correlati all'istituto in commento. Rispetto a tale disciplina, dettata direttamente dalla Legge n.190/2012, successivamente si è registrata e si segnala la novella legislativa introdotta per effetto del D.L. n. 90 del 24 giugno 2014, convertito nella Legge 114 dell'11 agosto 2014.

Per la rilevanza accordata dal legislatore al predetto istituto, si riportano le norme che sono dirette a rendere più efficace l'applicazione del c.d. *Whistleblowing* a livello nazionale e decentrato:

- Art. 19, comma 5, lett. a), Legge n. 114/2014:

*“In aggiunta ai compiti di cui al comma 2, l’Autorità nazionale anticorruzione: a) riceve notizie e segnalazioni di illeciti, anche nelle forme di cui all’art. 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.”*

In generale, tale articolo reca norme sulla *‘Soppressione dell’Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e sulla definizione delle funzioni dell’Autorità nazionale anticorruzione’*

- Art. 31 della medesima Legge, modificativo dell’art. 54-bis, comma 1, del D.Lgs. n.165/2001; quest’ultimo, per tale effetto, recita testualmente:

*“Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all’autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, o **all’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC)**, ovvero riferisce al proprio superiore*

*gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro”.*

Ne deriva che è stato ampliato il novero dei possibili destinatari delle segnalazioni, da parte dei pubblici dipendenti, in tema di illecito in ambito amministrativo, con garanzia della pluralità dei referenti istituzionali, della difesa e dell'anonimato.

La piattaforma prevede due modalità di segnalazioni: una completamente anonima ed una nella quale il segnalante può decidere **liberamente di fornire le proprie generalità** e l'altra in cui il segnalante può indicare le proprie generalità.

A tal proposito si riporta di seguito la previsione normativa prevista a favore del segnalante che decida di fornire le proprie generalità ai sensi del D.lgs 165/2001 art. 54 bis co.3: *“l'identità del segnalante non può essere rivelata”.*

Per coloro che accettano di effettuare una segnalazione di illeciti, rivelando la propria identità, si precisa che il D. Lgs. 165/2001 art. 54-bis c. 3 disciplina i casi in cui l'identità del segnalante è rivelata come sotto riportato:

- a) Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale
- b) Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.
- c) Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Le modalità di divulgazione della piattaforma informatica sono state indicate nel paragrafo 1.3. del presente piano.

Per ciò che attiene alla previsione di ulteriori forme di segnalazione (diverse dal citato Whistleblowing di cui sopra), con il presente Piano si fornisce la seguente regolamentazione di carattere generale, fatte salve nuove fattispecie ed eccezioni motivate, con la precisazione che le sotto indicate istruzioni si applicano solo ad eventuali segnalazioni pervenute in tema di corruzione o condotta illecita (ad essa latamente riconducibile):

- a) SEGNALAZIONE EVENTUALMENTE PRESENTATA SU SUPPORTO CARTACEO

- se anonima, essa potrà essere presa in considerazione solo se analiticamente circostanziata e documentata;
- se nominativa/sottoscritta dal soggetto segnalante (interno od esterno alla P.A.), la stessa dovrà essere direttamente inoltrata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (R.P.C.), con obbligo di riservatezza, per consentirne il tempestivo esame;
- ove il R.P.C., previo sommario esame, ritenga che la segnalazione debba essere istruita, egli assegnerà un codice segreto al documento, per la registrazione in entrata (ciò avverrà nell'Ufficio del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione), prima di istruire il relativo procedimento e di conservarlo in luogo sicuro;
- all'esito dell'istruttoria, ove siano emersi fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, il R.P.C. deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio cui appartiene il dipendente coinvolto (ovvero al dirigente sovraordinato, se trattasi di dipendente con qualifica dirigenziale), nonché all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare (Circolare D.F.P. n. 1/2013);
- ove egli riscontri fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale, ai sensi dell'art. 20, D.P.R. 3/1957 e dell'art. 1, comma 3, Legge n.20/94;
- ove riscontri fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331 c.p.p.) oltre a darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (Circolare D.F.P. n.1/2013).

#### b) ALTRE FORME DI SEGNALAZIONE E/O DI INFORMAZIONE

Quale misura attuativa di competenza, la U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione interna ha già istituito un proprio Canale informatizzato ad uso dei soggetti esterni (ad es., utenza, associazioni portatrici di interessi collettivi, ecc.) ossia per la presentazione di segnalazioni 'dall'esterno, in tema di corruzione o di condotta illecita riscontrata a livello aziendale, (esso *pertanto si differenzia dal canale informatizzato del c.d. Whistleblowing, che è destinato precipuamente ai dipendenti, per le denunce presentabili 'dall'interno'*). Tale canale è pubblicizzato nella *home* del sito web aziendale – sezione “Carta dei servizi e Ufficio Relazione con il Pubblico”, ove è disponibile apposita modulistica per la presentazione di segnalazioni. Per completezza, si indica di seguito la casella di posta elettronica a ciò dedicata: [urp@hsangiiovanni.roma.it](mailto:urp@hsangiiovanni.roma.it).

Si precisa che ogni eventuale segnalazione in tema di corruzione, inviata alla U.O.S.D. U.R.P. e comunicazione interna, deve essere successivamente inoltrata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, in forma riservata, ossia deve essere 'girata' esclusivamente alla casella dedicata [segnalazioneilleciti@hsangiovanni.roma.it](mailto:segnalazioneilleciti@hsangiovanni.roma.it) che è consultabile dal RPCT, come sopra indicato.

Ad ogni buon fine, chiunque venga a conoscenza di informazioni su fatti di natura corruttiva od illegale eventualmente riscontrati in ambito interno, ha l'obbligo di darne informazione -in forma diretta, riservata e tempestiva- al RPCT, fornendo elementi valutativi e/o probatori.

### **1.8.3 Patti di Integrità**

Nel rispetto dell'art. 1 comma 17 Legge n. 190/2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione 2013/2015, il RPCT ha predisposto il modello "patto di integrità" da utilizzare in tutte le procedure di gara secondo la normativa vigente. Il modello è allegato al PTPCT 2017/2019 ( Allegato 8) ed è rinvenibile nel sito aziendale seguendo il percorso indicato: *intranet aziendale- modulistica- Modelli di assenza conflitto di interesse e patti di integrità*.

### **1.8.4 Divieto di Pantouflage o Revolving Doors**

*Ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter, D.Lgs. n. 165/2001, "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni ed è prevista la restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti" (comma introdotto per effetto della Legge 6 novembre 2012, n. 190).*

Al fine di dare attuazione al c.d. 'divieto di *Pantouflage o Revolving doors*' che vige per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro del pubblico dipendente, come sopra declinato, con il P.T.P.C.T 2013/2015 sono state prescritte le seguenti misure (di fatto adottate) a carico degli Uffici preposti all'assunzione e alla mobilità del personale che si riepilogano di seguito:

- adozione di modulistica prestampata, per la presentazione a cura del soggetto interessato - al momento del conferimento di un incarico dirigenziale apicale - di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

per la preventiva presa d'atto del divieto di *pantouflage*, con menzione testuale della disciplina legislativa (misura effettivamente attuata d'intesa tra il RPCT e la U.O.C. Politiche del personale e Gestione Risorse Umane);

- espressa menzione di tale divieto nei Contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione, a cura della suddetta UOC.

Per una maggiore osservanza del predetto divieto, previa consultazione dei Referenti Direttori/Responsabili delle strutture competenti per la gestione di gare e per l'affidamento di commesse, con il PTPCT 2015-2017 è stato disposto l'inserimento del divieto *de quo* e di apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà all'interno dei Patti di Integrità, da sottoscrivere a cura dei soggetti esterni che partecipano a gare/affidamenti (in proposito si consulti paragrafo I.8.3)

#### **I.8.5 Incarichi extra-istituzionali dei dipendenti, ai sensi dell'art. 53, d. lgs. n. 165/2001 e s.m.i.**

Già dall'anno 2014 tale materia, attualmente disciplinata dall'art. 53, D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., è stata caratterizzata dalla pubblicazione -nel sito web del Dipartimento Funzione Pubblica- dei "*Criteri Generali sugli incarichi vietati ai dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche*, a conclusione di un Tavolo Tecnico instaurato tra diversi soggetti istituzionali.

Tali criteri, diretti alle P.A. ai fini dell'orientamento della regolamentazione interna, sono stati divulgati da questa Azienda nel proprio sito web - rete Intranet - con appositi Avvisi, avente valore di notifica nei confronti della generalità dei dipendenti.

A decorrere dagli anni 2014 e 2015, è stata effettuata una formazione capillare in materia, rivolta a tutte le Strutture che applicano la norma *de quo* e che sono tenute, istituzionalmente, alla pubblicazione dei relativi dati nel sito web aziendale – Sez. Amministrazione Trasparente e nel sito PERLAPA. L'Ufficio preposto, nel corso degli anni :

- ha fornito istruzioni operative sulle modalità di creazione dell'elenco di incarichi ai dipendenti e di consulenti già inseriti in Anagrafe;
- ha suggerito l'iscrizione ai corsi Webinar organizzati dal PerlaPA e da ForzPA;
- ha avviato il processo di abilitazione nell'anagrafe di un dirigente subentrato ad altro che è cessato dal servizio;
- ha proceduto alla corretta applicazione del Regolamento interno contenente criteri oggettivi e predeterminati di autorizzazione degli incarichi esterni in applicazione della normativa vigente, da porre in raccordo con eventuali altri Regolamenti interni, garantendo la massima divulgazione dello stesso in ambito aziendale;
- ha effettuato verifiche sulla veridicità delle citate dichiarazioni sostitutive, ex art.71, DPR n.445/00.

Nel rimandare ai precedenti PTPCT per ogni ulteriore dettaglio si ribadisce che in caso di verifica esterna e di eventuale procedimento disciplinare per incarico svolto da un dipendente in carenza di autorizzazione,



non è ammissibile la richiesta di autorizzazione per un nuovo incarico se non all'esito dei succitati procedimenti, che pertanto rivestono carattere pregiudiziale rispetto ad ogni ulteriore incarico soggetto ad autorizzazione.

Con deliberazione DG 1053/DG del 29/12/2020 con il valido aiuto dell'ufficio del RPCT, la UOC Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane, sulla base della normativa fornita dall'Ufficio del RPCT ha adottato il nuovo regolamento in materia di incarichi extra – istituzionali del personale dipendente dell'Azienda.

L'apporto dell'Ufficio RPCT è stato fondamentale anche nella rilettura del regolamento, al quale sono state apportate delle correzioni per renderlo più preciso ed incisivo. Dal canto suo, il Direttore della UOC competente ha riconosciuto l'importanza dell'appoggio ricevuto ed ha voluto precisarlo nell'introduzione del regolamento. Inoltre, l'importanza dell'argomento è talmente sentito dall'attuale RPCT che in occasione del corso di formazione annuale in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ha insistito con il docente facendo dedicare ben due lezioni consecutive alla materia, che ha visto l'intervento del direttore di dipartimento con domande specifiche, oltre a tutti i riferimenti fatti nel corso dell'intero ciclo del corso.

### **1.8.6 Sperimentazioni**

Nel PNA 2015, approvato con Determinazione n. 12 del 28.10.2015, l'ANAC nella sezione dedicata alla Sanità, Aree di rischio specifico, dedica un paragrafo alla ricerca e alle sperimentazioni.

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. Pertanto, la peculiarità di tali attività, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

Nella citata Determinazione n. 12/2015, l'ANAC, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, fornisce quale indicazione l'adozione del più ampio numero di misure di misure di prevenzione. In particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Si è proceduto, pertanto, al fine di dare attuazione alle misure specifiche in materia previste nel PTPCT 2017-2019 ad adottare un regolamento per l'autorizzazione delle sperimentazioni cliniche e studi

osservazionali, approvato con Deliberazione n. 415/DG del 24.05.2017 ed integrato con Deliberazione n. 1097/DG del 15.12.2017 e con deliberazione DG n. 210 del 26.02.2021 è stato adottato “il nuovo Regolamento dell’Ufficio Sperimentazioni Cliniche (USC).

### **I.8.7 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (R.A.S.A.)**

Per uniformare le modalità operative e di funzionamento dell’Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti a quelle degli altri servizi AVCP il D.lgs. 179/2012 inserito dalla legge di conversione n.221/2012 ha demandato all’ANAC il compito di stabilire con propria deliberazione le modalità operative e di funzionamento dell’Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti.

Tutte le stazioni appaltanti devono individuare il nominativo del responsabile, ai sensi della legge 241/90.

Il Responsabile dell’Anagrafe Unica deve provvedere alla verifica e/o compilazione dei dati identificativi della stazione appaltante stessa e all’aggiornamento, almeno annuale dei dati già comunicati.

L’ANAC potrà richiedere la trasmissione del provvedimento di nomina del RASA per l’espletamento di eventuali successive verifiche.

Ai sensi della normativa sopracitata questa Azienda, con deliberazione n. 33/DG del 16.01.2019 ha individuato Responsabile R.A.S.A. il Dirigente della UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico, e EBM nonché RPCT aziendale ed in data 23.01.2019 si è provveduto all’ultimo aggiornamento, come si evince dall’attestato emesso da AVCP in pari data e pubblicato sul portale Amministrazione trasparente.

### **I.8.8 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero**

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o, per la maggior parte dei casi, esternalizzata. Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida.

Ciò ha indotto a prendere in esame il tema già nei precedenti Piani e nella mappatura del rischio, già dal 2014, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Nell’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata la gestione del servizio non è esternalizzata.

Le misure adottate negli anni precedenti, incrementate e confermate nella mappatura per l’anno 2019, sono volte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (es. rotazione degli operatori assegnati al servizio) ed a garantire la massima trasparenza nella gestione del servizio (ad esempio mediante esposizione al Pubblico dell’Elenco delle ditte di Onoranze Funebri di Roma e Provincia per una scelta libera e consapevole e controllo che tale documento sia costantemente consultabile).

## I.9 Rischio in ambito Sanitario e relazione con il rischio di corruzione.

Il concetto di “rischio” in ambito sanitario è correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. Non è escluso tuttavia che possa sussistere una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio corruzione, ove il primo sia un effetto del secondo ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di “maladministration”.

Gli strumenti per la mappatura, valutazione e trattamento del rischio sono condivisibili con il Rischio Clinico. Il Clinical Risk Manager, infatti, ha il compito di governare il Rischio Clinico con la stessa *metodologia scientifica* che viene utilizzata per il controllo del rischio in generale.

Il sistema di mappatura del Rischio Clinico si fonda non solo su tecniche retro-attive - quali l’incident reporting (segnalazione volontaria e spontanea di eventi o quasi-eventi avversi), la denuncia medico-legale di sinistri, gli atti di citazione, gli esposti e reclami dell’utenza - ma anche su analisi proattive dei processi, mediante l’utilizzo di strumenti come il *safety walkaround*, gli audit organizzativi, le analisi FMECA, le *Morbidity e mortality review*, ecc.

Anche l’analisi della qualità lavorativa (analisi di clima interno, la misurazione dello stress lavoro-correlato ed i connessi decrementi di performances produttive o livelli di assenteismo per malattia, denunce di mobbing, esoneri per L. n.104 del 1992) di fatto sono indicatori di disagio potenzialmente correlabili a illecite condotte amministrative nella gestione del personale (assegnazioni di incarichi e spostamenti ad altre funzioni, riconoscimenti di fasce economiche, corresponsioni di indennità e/o altri benefit, manipolazioni del sistema premiante individuale, provvedimenti disciplinari adottati in maniera non trasparente, ecc.).

Pertanto, la predisposizione e l’utilizzo di una piattaforma informatizzata e condivisa da più attori istituzionali (oltre alle due citate figure, potrebbero convergervi: ad esempio, anche il Responsabile dell’Ufficio del Personale, il Responsabile dei flussi informativi, il Provveditorato, l’Ufficio Legale, ecc.) sulla quale inserire nel tempo gli elementi utili alla costruzione di un database degli eventi rilevanti sia sul piano operativo (tecnico-assistenziale) che su quello organizzativo (amministrativo-gestionale), potrebbe favorire certamente una mappatura “a tutto campo” della realtà aziendale, consentendo una più agevole identificazione delle criticità e dei rischi, successivo oggetto di analisi e valutazione sia da parte del Risk Manager (per implementare il processo di MCQ - Miglioramento Continuo della Qualità), sia da parte del Responsabile della prevenzione della Corruzione (per la ricognizione delle aree e funzioni aziendali e degli operatori da assoggettare ad un più rigoroso controllo e, laddove necessario, ad eventuale denuncia). Le azioni programmate del Rischio Clinico sono dettagliate in step, come previsto dalla Società di Qualità.

Già negli anni passati è stata condotta un’analisi sulla possibile attuazione e fattibilità della piattaforma informatizzata, con successiva installazione e configurazione del suddetto *software sui server aziendali*. Nel 2017 è stato personalizzato un software di rilevazione del rischio in ambito sanitario (incident reporting) fruibile, in forma anonima, degli esercenti la professione sanitaria, accedendo dall’intranet aziendale.

In sintesi il presente documento individua nell'allegato cronoprogramma (Allegato n. 5) gli step propedeutici alla valutazione finale del rischio aziendale sia da mal practice medica sia da maladministration.

Una corretta analisi del rischio parte da una mappatura dei processi e dalla suddivisione dello stesso in attività.

Lo strumento che consente tale scomposizione va sotto il nome di "Risk Assessment" o "Valutazione del Rischio", ossia una metodologia volta alla determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio.

Si può ricorrere alla metodologia suddetta quando si desidera valutare la pericolosità di un evento, ai fini di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo.

La metodologia del Risk Assessment prevede le seguenti fasi:

- a) *Analisi preliminare del contesto*: raccolta di informazioni e di dati sui processi produttivi e/o sulle attrezzature e/o sui prodotti e/o sui materiali e/o sugli ambienti e/o servizi, ai fini dell'individuazione dei rischi;
- b) *Individuazione dei potenziali rischi*: mediante l'analisi delle informazioni raccolte nella fase precedente si individuano tutti i potenziali pericoli e si associano a ciascuna attività del processo;

Tale identificazione si basa su:

- un approccio pratico (dati storici, OOS, deviazioni, reclami, risultati ispettivi, indagini);
  - su un approccio teorico: brainstorming, diagrammi causa-effetto (Ishikawa diagram or fish bone diagram), albero delle cause;
- c) *Analisi dei potenziali rischi*: fase nella quale vengono descritti i comportamenti a rischio corruzione e declinate le relative categorie di eventi rischiosi;
  - d) *Valutazione dei rischi*: ad ogni pericolo individuato si stima la probabilità di accadimento e l'impatto degli effetti che può determinare tenendo conto delle eventuali misure preventive già in essere.

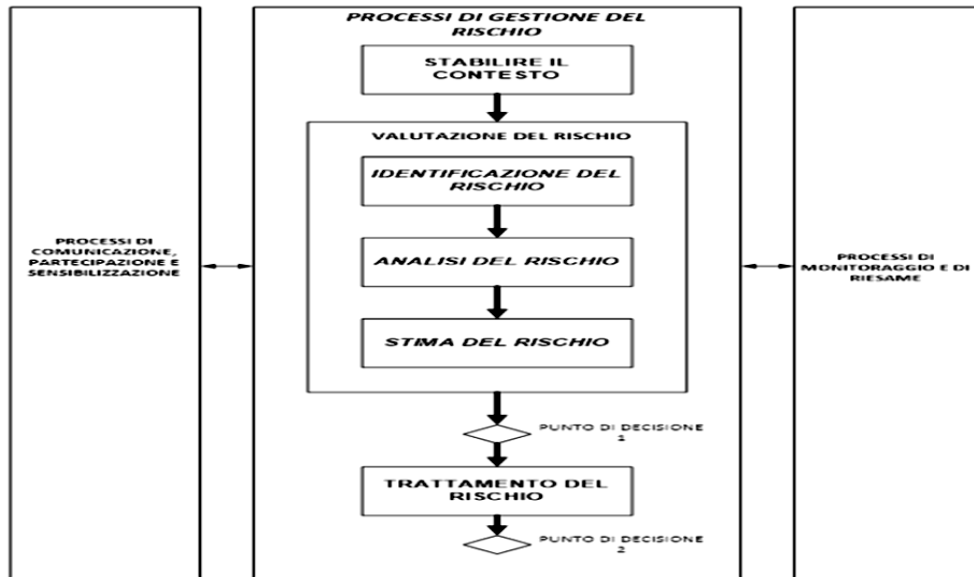
Per valutare il rischio si utilizza una "scala relativa" che indica la severità dell'evento inatteso e la probabilità di accadimento di tale evento.

L' output di un risk assessment (indice di priorità del rischio) può essere una stima del rischio:

- quantitativa (numero)
- qualitativa (alto / medio / basso):

La stima del rischio viene visualizzata tramite una matrice ("matrice di rischio").

Il punteggio assegnato (scala) al rischio è di tipo soggettivo ma il rationale deve essere chiaro e definito.



**LA FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) COME METODO DI RISK ASSESSMENT**

Per la nostra mappatura ed analisi dei rischi abbiamo deciso di utilizzare la tecnica metodologica della FMEA che permette di:

- a) Individuare preventivamente i potenziali difetti e/o non conformità che possono verificarsi nella vita di un contratto;
- b) Determinare le cause e/o difetti riferite al processo;
- c) Valutarne gli effetti;
- d) Quantificare gli indici di rischio e stabilire le priorità di intervento per eliminare alla radice le cause e migliorare i sistemi di controllo;
- e) Identificare le opportune azioni correttive/preventive e valutarne l’impatto complessivo sugli indici di rischio.

L’applicazione sistematica e completa della metodologia di cui sopra consente anche di:

- a) Disporre di una mappatura sempre aggiornata delle attività del ciclo vita di un contratto e delle loro eventuali criticità;
- b) Documentare e storicizzare i miglioramenti attuati o in essere.

Di seguito si riporta la matrice utilizzata per la valutazione del rischio, che è composta da due vettori (probabilità ed impatto).

<b>IMPATTO</b>			
<b>PROBABILITA'</b>	<b>BASSO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>ALTO</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>

<b>MEDIO</b>	<b>Basso</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>BASSO</b>	<b>Basso</b>	<b>Basso</b>	<b>Medio</b>

### Legenda

PROBABILITÀ	
<i>Bassa</i>	<i>Poco Probabile</i>
<i>Media</i>	<i>Probabile</i>
<i>Alta</i>	<i>Molto Probabile</i>

IMPATTO	
<i>Bassa</i>	<i>Minore</i>
<i>Media</i>	<i>Soglia/accettabile</i>
<i>Alta</i>	<i>Serio</i>

Nello specifico il valore del rischio di un evento corruttivo è calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto:  $\text{Rischio} = \text{Probabilità} \times \text{Impatto}$

## 1.10 Formazione

L'Azienda, nel rispetto degli obblighi di formazione continua garantisce formazione nei vari ambiti, aumentando continuamente il novero del personale formato. Per tale attività l'Azienda si serve sia di soggetti esterni, come ad esempio i Corsi di Valore P.A. organizzati dall'INPS, di docenti interni alla stessa amministrazione e di personale esperto estraneo all'amministrazione.

Con deliberazione DG f.f. n. 173 del 16.02.2021 è stato approvato il "Piano Formativo Aziendale (PFA)2021

- Nel corso dell'anno 2021, si spera di poter riprendere il corso di formazione in modalità "on the job", dal titolo "L'Ingegneria dei processi nella prevenzione del rischio corruzione" già deliberato (deliberazione n. 378/DG del 23 dicembre 2019) e che a causa della pandemia non è stato ancora possibile espletare;
- ha ulteriormente sostenuto la formazione in materia di prevenzione di corruzione attraverso l'iscrizione del RPCT e del personale di supporto amministrativo ai corsi di Valore PA;
- ha organizzato un corso tenuto da un docente esterno che ha trattato dell'etica della materia della prevenzione della corruzione ma cosa ancora più importante sono state ritrattate le materie giuridiche che sono alla base dell'operare della pubblica amministrazione e delle modifiche intervenute dopo la legge 190/2012 sulla attività amministrativa.

L'Attività formativa – informativa viene, inoltre, svolta anche dal RPCT costantemente ed, in particolare, in occasione del monitoraggio semestrale, nel corso del quale vengono trasmesse nuove informazioni normative o di indirizzo dettate dall'ANAC, ed al tempo stesso, vengono condivise criticità e concordate con i Referenti possibili soluzioni o modalità operative di indagine da porre in essere. Detta attività rappresenta, inoltre, un momento utile anche per incontrare i Dirigenti /Referenti che sono subentrati in corso d'anno nella titolarità di alcune strutture, a fini di sensibilizzazione, di partecipazione e di presa in carico delle connesse responsabilità.

Si prevede negli anni 2021-2023, di proseguire con l'effettuazione dei corsi di formazione specifica rivolta ai funzionari che trattano materie particolarmente esposte a rischio corruzione.

### **Corsi espletati**

Corsi Valore PA - Area tematica: Anticorruzione e trasparenza; Responsabilità amministrativa; Codice degli appalti; Gestione e controllo spesa pubblica

<b>ANNO</b>	<b>N. CORSI</b>	<b>N. FORMATI</b>
<b>2015</b>	12	49
<b>2016</b>	13	11
<b>2018</b>	12	11
<b>2019</b>	3	21

Corsi in tema specifico di anticorruzione svolti da vari Enti formatori:

<b>ANNO</b>	<b>N. CORSI</b>	<b>N. FORMATI</b>
<b>2014</b>	3	8
<b>2015</b>	2	183
<b>2016</b>	6	195
<b>2017</b>	2	38
<b>2018</b>	3	11
<b>2019</b>	9	106
<b>2020</b>		



## **I.11 Controlli - Sistema dei Controlli Interni**

### **I.11.1 Stato attuale**

Allo stato attuale le attività di prevenzione e contrasto dell'illegalità sono ricomprese nel sistema di controlli sotto indicato:

- Monitoraggio semestrale da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), attraverso incontri programmati, per attuare la rendicontazione delle misure a cura dei Referenti in materia, con adozione di reportistica e previsione dell'obbligo di documentazione; oltre al monitoraggio semestrale, per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione dati e documenti in Amministrazione Trasparente, in attuazione del D.L.vo n. 33/2013, così come modificato dal D.Lvo n. 97/2016 e della griglia allegata al presente piano (Allegato n. 6 ) vengono effettuati costanti controlli sullo stato di attuazione con conseguenti segnalazione ai Referenti, ove necessario, per porre in essere gli adempimenti;
- Verifiche sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà, da effettuare a cura degli Uffici competenti al ricevimento e al controllo delle medesime (ad es., UOC Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane, UOC Affari Generali e gestione amministrativa ALPI, ecc.), come già programmato nel previgente Registro/Mappatura dei Rischi (misura trasversale)ecc.ecc.:
- Controllo istituzionale, di carattere successivo, esercitato periodicamente dall'O.I.V. - Organismo Indipendente di Valutazione, con il supporto della UOC Programmazione e controllo.

### **I.11.2 Previsioni per il Triennio 2021- 2023**

Il Sistema dei controlli è finalizzato all'accertamento della regolarità amministrativa, del rispetto delle procedure, nonché della regolarità contabile; si basa sulle attività di valutazione e utilizza gli strumenti dell'ispezione e del riscontro per definire e promuovere oppure per segnalare alle sedi eventualmente competenti le iniziative di censura e le sanzioni previste dalle norme e dai regolamenti. Il Sistema dei controlli si articola in :

- Attività di controlli esterni sull'operato dell'Azienda (posto in essere dallo Stato, attraverso i Ministeri, dalla Regione, dalla Corte dei Conti)
- Attività di controlli interni

I controlli interni, delineati dalla normativa vigente, rappresentano un fondamentale strumento di governo aziendale volto al raggiungimento di obiettivi gestionali ed obiettivi di rispetto delle leggi e delle norme.

Il controllo di legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa viene effettuato dal Collegio Sindacale, come previsto dalla normativa vigente.

Il controllo di gestione, correlato alla gestione per obiettivi e supportato dal sistema di valutazione aziendale, verifica l'efficacia (rapporto tra obiettivi e risultati), l'efficienza (rapporto tra risorse impiegate e risultati) e l'economicità dell'attività, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati

Il controllo interno per il Percorso Attuativo di Certificabilità, finalizzato a prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio al fine di raggiungere gli standard organizzativi, contabili procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati di bilancio dell'Azienda, effettuato da specifico ufficio indipendente ed identificato all'interno di una unità operativa in staff alla Direzione Generale

Nel corso dell'anno 2016 sono stati adottati: il manuale delle procedure Ciclo Passivo (Deliberazione n. 448/DG del 14.6.2016) ed il manuale delle procedure amministrativo contabili - Ciclo attivo (Deliberazione n. 1083/DG del 30.12.2016).

Nel 2017: avvio dell'attività ricognitiva delle procedure al fine di implementare il percorso attuativo di certificabilità e definizione della procedura specifica di controllo interno e adozione regolamenti procedure ciclo attivo e ciclo passivo; nel corso dell'anno sono stati adottati: il manuale della procedura amministrativo - contabile "Ciclo Personale" (Deliberazione n. 691 del 17.08.2017), il manuale della procedura amministrativo - contabile "Ciclo rimanenze" (Deliberazione n. 690/DG del 17.08.2017), il manuale della procedura amministrativo - contabile "Disponibilità liquide (Tesoreria)" (Deliberazione n. 242 del 23.03.2017, il manuale della procedura amministrativo - contabile "Ciclo Immobilizzazioni" (Deliberazione n. 907/DG del 2.11.2017, il manuale della procedura amministrativo - contabile "Ciclo Patrimonio Netto" (Deliberazione n. 769/DG del 27.09.2017, "Regolamento per la ripartizione dell'incentivo di all'art. 113 del D.lgs n. 50 del 18.04.2016" (Deliberazione n. 689/DG del 17.08.2017;

nel 2018: completamento definizione procedure con adozione regolamento di funzione controllo interno e audit e avvio procedure di controllo;

nel 2019: messa a regime del sistema.

Il R.P.C.T.T procederà, di propria iniziativa o su input (proveniente, ad esempio da segnalazioni o dalla Direzione, ecc.) ad effettuare controlli, a campione, sulle procedure di tutte le aree, con particolare riferimento a quella dei contratti pubblici – fase dell'esecuzione dei contratti ( si rinvia alle misure di controllo previste nella Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC -Aggiornamento PNA 2015).

Per quanto attiene agli adempimenti per l'anno 2019, la struttura continuerà ad aggiornare le procedure per renderle sempre più rispondenti all'evoluzione normativa, per superare le non conformità rispetto alle stesse, rilevate a seguito degli internal audit e per snellire le procedure amministrative. In ogni caso le procedure saranno testate e migliorate attraverso il ricorso continuo alla metodologia dell'audit.

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione di dati personali, recepito con D. Lgs. n.101/2018, l'Azienda ha disposto con O.d.S. n. 28/DA/DS del 15 maggio 2018 di costituire un Registro delle attività di trattamento di dati personali, individuando i Responsabili che

provvederanno alla rilevazione delle attività di trattamento dei dati personali effettuati nell'ambito delle relative Unità Operative.

IL D.P.O., al fine di uniformare alla nuova normativa le attività esercitate dall'Azienda, ha affrontato le tematiche relative alle sperimentazioni cliniche, ai contratti di fornitura beni e servizi sottoscritti con atto pubblico amministrativo, e alle convenzioni sia con enti pubblici che privati, adempiendo agli obblighi di Legge in tema di privacy.

Nell'attuazione della funzione di monitoraggio dello stato di attuazione della normativa, il DPO effettuerà Audit presso le strutture individuate. Tale misura è stata inserita nella mappatura 2019 allegata al presente PTPCT .

### **1.1.3 Previsione di sanzioni, in caso di violazione del P.T.P.C.T., e collegamento delle misure di Prevenzione con il Ciclo della Performance (P. Organizzativa e P. Individuale)**

Si richiamano integralmente le sanzioni prescritte dall'ordinamento in caso di inottemperanza alle norme anticorruzione che, a seconda della gravità della violazione, può determinare responsabilità disciplinare, amministrativa o pecuniaria, erariale nonché penale (si consulti in tal senso il Titolo II, Capo I, del Codice Penale, e segnatamente gli artt.318, 319 e 319-ter c.p.; la Legge n. 190 del 6.11.2012; il D. lgs. n. 39/2013; D. Lgs. n. 33/2013; l'art. 53, D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. )

Si conferma che le misure di prevenzione dell'illegalità:

- vengono programmate *in linea generale* nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- sono integrate, condivise e *specificamente assegnate* alle aree di rischio attraverso le schede che compongono la Mappatura/Registro dei rischi, previa negoziazione e discussione con i singoli Referenti anticorruzione, secondo incontri da calendarizzare;

Inoltre, proseguendo nel processo aziendale avviato negli anni 2016, 2017, e 2018 , al fine di rafforzare il raccordo tra misure preventive della corruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli Uffici pubblici – come , peraltro, suggerito dall'ANAC nel PNA 2016, approvato con Deliberazione n. 831 del 3.8.2016) vengono collegate a specifici obiettivi nell'ambito del Ciclo della Performance, da parte della UOC Pianificazione strategica, budget, Controllo di gestione, Supporto OIV e Controllo interno, affinché la relativa attuazione diventi oggetto di valutazione dirigenziale. Inoltre, anche per l'anno 2019 tra le misure preventive della corruzione di carattere generale, collegate alla performance individuale viene posta la formazione obbligatoria. Tale misure verrà individuata quale criterio di flessibilità nelle schede di valutazione individuali, per il personale del comparto, e nelle schede di valutazione manageriale, per il personale Dirigente.

## PARTE SECONDA

### LA TRASPARENZA

#### II.1 Evoluzione della definizione di Trasparenza

L'art. 11, comma 1 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 introduce la seguente nozione di Trasparenza: "la trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".

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

Il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

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

La trasparenza assume, così, rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche come **misura per prevenire la corruzione**, promuovere l'integrità e la **cultura della legalità** in ogni ambito dell'attività pubblica, come già l'art. 1, co. 36 della legge 190/2012 aveva sancito. Dal richiamato comma si evince, infatti, che i contenuti del d.lgs. 33/2013 «integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione».

La Corte Costituzionale ha riconosciuto, inoltre, che i principi di pubblicità e trasparenza trovano riferimento nella Costituzione italiana in quanto corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) e del buon funzionamento dell'amministrazione (art. 97 Cost.)<sup>1</sup>.

Tale obiettivo deve essere perseguito anche attraverso il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, espressamente indicati dal legislatore all'art. 6 del d.lgs. 33/2013, ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità (**trasparenza "effettiva"**).

Ne consegue che ogni Pubblica Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sui siti istituzionali una serie di dati, consentendo ai singoli cittadini di reperire le informazioni e notizie concernenti gli enti pubblici. La ratio della norma riformata, risiede nella dichiarata finalità di favorire le forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali delle risorse pubbliche e di promuovere al dibattito pubblico.

### II.1.2 Trasparenza e tutela dei dati personali

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato»<sup>2</sup>.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso **Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679** indica, prevedendo che «Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità».

La Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del **test di proporzionalità** che «*richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi*». L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i **criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali**, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

<sup>1</sup> Corte Cost., sent. n. 20/2019

<sup>2</sup> Corte Cost., sent. n. 20/2019

Il quadro delle norme in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito GDPR) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Occorre evidenziare che l'art. 2-ter del d.lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «la diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

Fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. A tal fine, su impulso del Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO), è stato emanato l'ordine di servizio n. 97/DA del 26 settembre 2019 avente ad oggetto “ *Misure tecniche e organizzative per il bilanciamento dell'interesse alla conoscibilità dei documenti amministrativi ed al trattamento dei dati personali contenuti negli atti pubblicati in albo pretorio on-line dell'Azienda*” che regola la pubblicazione dei dati personali nell'Albo Pretorio con particolare riguardo alla anonimizzazione/pseudonimizzazione e alla minimizzazione dei dati particolari. Infatti anche il d.lgs. 33/2013 all'art. 7-bis, co. 4, dispone che «nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

Il DPO dell'Azienda rimane per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali - nel caso ad esempio delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato - una figura di riferimento per il RPCT, a cui chiedere supporto - art. 39, 1 comma, lett a) del GDPR - nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ancor prima di richiedere il parere del Garante per la Privacy.

## II.2 La trasparenza nella gestione della pandemia COVID 19

Il 2020 ha sancito l'arrivo sul nostro territorio del Coronavirus. Già dal mese di gennaio infatti le prime circolari del ministero della salute hanno iniziato ad affrontare il tema. Il 22 gennaio, proprio presso il dicastero guidato dal ministro Roberto Speranza, è stata formata una prima task force con il compito di coordinare tutti gli sforzi per evitare la diffusione dell'epidemia nel nostro paese. Da lì è iniziata una rapida evoluzione di eventi, con l'approvazione di numerosi decreti, ordinanze e circolari, per cercare di contenere quella che poi è diventata una pandemia mondiale.

Il 31 gennaio del 2020 una delibera del Consiglio dei ministri ha dichiarato lo stato di emergenza nel nostro paese. Da quel giorno è iniziata una delle fasi più complesse che l'Italia abbia mai vissuto.

Lo stato di emergenza è una misura adottata dal governo in casi straordinari. Introduce il potere di ordinanza, conferendo al Consiglio dei ministri una competenza attribuitiva di tale potere. Il potere di ordinanza permette al soggetto individuato di agire in deroga alla normativa vigente, ma sempre nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico.

Ma nella primissima fase dell'emergenza si è ridotto lo spazio per il dibattito sulle decisioni che venivano prese. Decisioni che hanno avuto serie implicazioni su alcune delle libertà fondamentali dei cittadini, tra cui la libertà di spostamento. Gli atti emanati dalla Protezione civile, Ministero della Salute, Regioni e Governo erano stati presi in deroga alla normativa vigente, con un coinvolgimento minimo del Parlamento. Trattandosi principalmente di provvedimenti "amministrativi" vengono presi senza quel duplice controllo che generalmente viene assicurato con l'approvazione di leggi e decreti legge. Quello cioè del Presidente della Repubblica e del Parlamento.

Con la discussione in aula sul decreto Cura Italia del 25 marzo, maggioranza e opposizione si inseriscono nelle dinamiche di potere durante lo stato di emergenza. Attività di controllo, tra le prerogative del Parlamento, che fino a quel momento è stata assente. Una trasparenza nei confronti dei cittadini, come condizione di legittimazione di un potere emergenziale altrimenti potenzialmente non controllabile, anzitutto perché naturalmente portato a muoversi in tempi più rapidi di quelli che caratterizzano i normali checks and balances: il Parlamento, la magistratura...

La trasparenza si pone come antidoto alla concentrazione di potere, come necessario strumento di riequilibrio a fronte del ruolo crescente che assumono le autorità chiamate a gestire una situazione contingibile e urgente di dimensione straordinaria. La trasparenza opera in funzione di bilanciamento. La democrazia è il regime di un popolo informato e la trasparenza può operare quale surrogato di quei meccanismi che sono al cuore della democrazia rappresentativa nel momento in cui l'emergenza ne rende difficile l'operatività.

La trasparenza è infine necessaria per evitare letture improprie di dinamiche di relazione tra decisori pubblici e portatori di interessi, come chiede ad esempio Transparency International, in un momento nel quale scelte destinate a produrre effetti importanti e spesso non reversibili sono operate con modalità



accelerate e talvolta in assenza di controlli, in deroga alle procedure ordinarie.

La trasparenza è stata il punto cardine anche a livello aziendale per i vari processi portando ad una completa messa a disposizione di tutti gli atti di gestione emergenziale, dei documenti che supportano l'assunzione delle diverse decisioni, sia per quanto riguarda in particolare l'acquisizione di beni e servizi sia per l'assunzione di personale visto il maggior impegno a causa della pandemia.

Nella sezione Amministrazione trasparente - Dati Ulteriori – è stata creata la sezione dedicata alle Donazioni COVID 19 in tal modo il numero e il quantitativo delle donazioni è visibile a chiunque.

### **II.2.1. Documento unico**

L'Azienda è tenuta ad adottare, entro il 31 marzo un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza. Il PTPCT deve essere pubblicato sul sito istituzionale tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

I contenuti, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono definiti da parte degli organi aziendali di vertice e costituiscono elemento necessario della sezione del PTPCT relativa alla trasparenza così come previsto dal co. 8 dell'art. 1 della l. 190/2012, modificato dall'art. 41 co. 1 lett. g) del d.lgs. 97/2016.

Il legislatore ha rafforzato poi la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione in particolare con il piano della performance, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Nel corso del 2020 è proseguita la sinergia tra la materia della trasparenza, quella dell'anticorruzione e della performance in ordine alle pubblicazioni sul sito aziendale.

La Struttura di supporto al RPCT monitora il funzionamento della piattaforma e la relativa implementazione della sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale, e i risultati del monitoraggio sono trasmessi alla UOC Programmazione e controllo, la quale li trasmette successivamente all'Organismo indipendente di valutazione (OIV).

Nell'art. 10 del d.lgs. 33/2013, che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. In altre parole, in questa sezione del PTPCT, nella griglia di rilevazione degli obblighi (Allegato n.6) non potrà mancare, per ciascun obbligo, l'espressa indicazione dei nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. E' previsto che chi detiene il

dato sia anche colui che lo elabora e lo trasmette per la pubblicazione o che lo pubblica direttamente nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

L'individuazione dei responsabili delle varie fasi del flusso informativo è anche funzionale al **sistema delle responsabilità** previsto dal d.lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente. Si tratta, peraltro, in questo caso di una soluzione analoga a quella già adottata in tema di responsabilità dei procedimenti amministrativi di cui all'art. 35 del d.lgs. 33/2013.

L'Azienda proseguirà con azioni di miglioramento della comunicazione con i propri stakeholders esterni e interni.

Sul fronte interno, l'obiettivo è massimizzare la responsabilizzazione del personale sull'applicazione dei principi di trasparenza e di rendicontazione verso il cittadino, sui contenuti, sui modi, sugli standards di erogazione dei servizi previsti nella Carta dei servizi e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, principalmente mediante pubblicazione sul sito istituzionale e mediante strumenti web ritenuti idonei al dialogo, alla consultazione e alla partecipazione allargata.

### **II.3 Accesso generalizzato (art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, di seguito definito "decreto trasparenza")**

La tipologia di "accesso generalizzato", delineata dall'art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale *"chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis"*. Si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La *ratio* della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza).

Ciò in attuazione del principio di trasparenza che l'articolo 1, comma 1, del decreto trasparenza ridefinisce come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a *"favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come **strumento di tutela** dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa. L'intento del legislatore è ancor più valorizzato in considerazione di quanto già previsto nel co. 2 dell'art. 1 del decreto trasparenza secondo cui la trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive,

nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini ( Circolare n. 1/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione avente ad oggetto “Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato – FOIA).

### **II.3.1 L'Accesso civico (art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, di seguito definito “decreto trasparenza”)**

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico “semplice” (d'ora in poi “accesso civico”) previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del D.Lgs. 97/2016.

L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza.

I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a “chiunque”, indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, “fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria”, nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato.

L'accesso generalizzato si delinea come fatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione. Esso è caratterizzato da un'ampia libertà, che trova soltanto limiti nel rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e nel rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

### **II.3.2 Accesso agli atti ex L. 241 del 78.1990 e s.m.i.**

L'accesso generalizzato deve essere tenuto distinto anche dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi “accesso documentale”). La finalità dell'accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso».

La legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato. Invece, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "semplice", è riconosciuto proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi.

### **Esercizio del diritto**

L'esercizio del diritto di Accesso civico, di cui all'art. 5, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.

L'istanza viene redatta utilizzando il modello pubblicato nel sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico".

L'istanza di accesso civico ex art. 5 c. 1 è presentata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che provvede, entro il termine di trenta giorni, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il collegamento ipertestuale.

L'istanza di accesso generalizzato ex art. 5 c. 2 può essere presentata alla U.O. che detiene il dato oppure all'Ufficio relazioni con il pubblico, in carta libera o utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Azienda, pubblicato nel sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico".

L'esercizio del diritto di accesso, nelle tre fattispecie sopra descritte, è regolamentato con deliberazione n. 302/DG del 29 marzo 2018, intitolato "Regolamento per l'esercizio di accesso ai documenti amministrativi e sanitari, per il diritto di accesso civico e per il diritto di accesso civico generalizzato" pubblicato nel sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali – Atti amministrativi generali e Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico".

## **II.4 Obiettivi strategici in materia di trasparenza: definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.**

L'art. 1 c. 8 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 c. 1 lett. g) del D.Lgs. 97/2016, stabilisce che gli obiettivi strategici in materia di trasparenza costituiscono elemento necessario nella sezione del PTPCT relativa alla trasparenza.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" si indicano i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione, alla

elaborazione e alla pubblicazione di tali dati. Nella griglia di rilevazione degli obblighi per la pubblicazione, allegata al presente PTPCT, sono indicati i nominativi dei soggetti e degli uffici responsabili, tenuti a tale adempimento.

In particolare nella griglia allegata al presente Piano sono stati individuati:

- gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'Azienda previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.: in essa sono indicati sia i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016 sia quelli che, in virtù di quest'ultimo decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente;
- sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono definite le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio.

Si ribadisce, anzitutto, l'importanza di osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Si ritiene opportuno ribadire che, nel presente documento si attuano le seguenti misure, contenute, peraltro, quali indicazioni operative nelle Linee guide approvate con Deliberazione n. 1310/2016 dell'ANAC:

1. *esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione*: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni, per incrementare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;

2. *indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione*: è previsto, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione, da quella del successivo aggiornamento.

L'art. 8 del d.lgs. 33/2013 disciplina la durata ordinaria della pubblicazione fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co. 3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Un'importante modifica è quella apportata all'art. 8, co. 3, dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegato n.6, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella

pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo, assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'art. 14 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97, al co. 1 bis, estende gli obblighi di trasparenza di cui al co.1 ai titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

Pertanto in attuazione al disposto normativo di cui al citato art. 14 del D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016 il R.P.C.T. ha proceduto ad acquisire la documentazione indicata nel citato articolo in riferimento al periodo reddituale 2015.

Le "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del D.Lgs. 33/2013 come modificato dall'art.13 del D.Lgs. 97/2016", avente come oggetto «*Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali*», hanno prorogato il termine di pubblicazione di tutti i dati di cui al novellato art.14 fino al 31.03.2017. Il R.P.C.T., pertanto, ha sospeso la pubblicazione dei dati previsti dall'art.14, già richiesti e acquisiti dai dirigenti tenuti agli obblighi di trasparenza.

A seguito delle linee guida adottate con Determinazione n. 241 dell'8.03.2017 recanti le indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del D.Lgs.33/2013 come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. 97/2016, avente ad oggetto "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali", il RPCT ha mantenuto la sospensione della pubblicazione dei dati fino al 30.04.2017, data fissata dalla citata Determinazione n. 241/2017.

Con successiva delibera n.382 del 12 aprile 2017, l'ANAC ha sospeso l'efficacia della precedente delibera n. 241 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 comma 1, lettere c) ed f) del D.Lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN, in attesa della definizione nel merito del giudizio o in attesa di un intervento legislativo chiarificatore. Pertanto il R.P.C.T. ha pubblicato solo i dati relativi ai commi dell'art 14 non sospesi dalla citata delibera ANAC. L'ANAC ha confermato tale indirizzo, contenuto nella delibera n. 382/2017, nell'Atto di segnalazione n. 6 del 20.12.2017 "Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016". L'ANAC in tale Atto di segnalazione ha ulteriormente argomentato le motivazioni che hanno indotto alla parziale sospensione della pubblicazione, sottolineando le incongruenze della



disposizione e la disparità di trattamento nei confronti dei dirigenti del SSN rispetto ai Dirigenti delle altre amministrazioni pubbliche, invocando ancora una volta l'intervento correttivo del legislatore.

Con successivo Comunicato del 7 marzo 2018 del Presidente, l'ANAC ha previsto la sospensione dell'efficacia della delibera n.241/2017 avente ad oggetto "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali", come modificato dall'art.13 del D.Lgs. n.97/2016, limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art.14 co. 1-ter del D.Lgs. n.33/2013.

Il 31 luglio 2019 l'ANAC ha pubblicato la delibera n.586 del 26 giugno 2019 recante "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019", con la quale al paragrafo 2.4.6 "Dirigenti sanitari" dispone che "i dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il **direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse**, in quanto titolari di **posizioni apicali**, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), **sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f)**, come previsto dalla Delibera 241/2017 (par. 2.3 "Casi particolari – La Dirigenza Sanitaria").

Con il Comunicato del Presidente ff. Francesco Merloni del 04 Dicembre 2019 che, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, e fermo restando quanto previsto nella delibera n. 586/2019 per i dirigenti del SSN, **ha deliberato di sospendere** l'efficacia della richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio.

Altra criticità, affrontata nell'Atto di segnalazione n. 6 del 20.12.2017 dell'ANAC, è la previsione introdotta dall'art. 9 bis D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, che prevede che le Pubbliche Amministrazioni possano assolvere agli obblighi di pubblicazione, effettuando un collegamento ipertestuale alle banche dati, nelle quali sono presenti i dati da pubblicare, direttamente nella sezione "Amministrazione Trasparente". L' ANAC ha chiesto al legislatore un adeguamento per consentire una corretta attuazione della disposizione, alla luce del riscontro della mancata coincidenza tra i dati che le Amministrazioni sono tenute a pubblicare e i dati acquisiti nelle banche dati come previsto dal comma 2 dell'art. 9-bis. Pertanto, nelle more dell'adeguamento normativo, non essendo ancora possibile attuare il collegamento ipertestuale, gli Uffici responsabili della pubblicazione continuano ad inserire i dati e le informazioni sul sito aziendale nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

La sezione del sito istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" deve essere organizzata in sotto-sezioni, come previsto nella Tabella I del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione.

Nel presente PTPCT, precisamente nella Parte seconda, risulta chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza, strutturata in sottosezioni di primo e di secondo livello, secondo le tabelle contenute nella “griglia degli obblighi di pubblicazione” che è allegata al presente documento. Le tabelle descrivono le tipologie di dati e documenti pubblicati, individuando puntualmente le strutture e i nominativi dei soggetti responsabili della produzione, pubblicazione e aggiornamento di tali dati. Le tabelle sono altresì finalizzate ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi, assicurando agli utenti della sezione “Amministrazione trasparente” la possibilità di reperire informazioni chiare, aggiornate e immediatamente fruibili.

Gli obiettivi strategici del Piano Triennale per la Trasparenza e l’Integrità sono di seguito descritti:

- a) rafforzare uno strumento essenziale nella prospettiva della promozione dell’integrità e dello sviluppo della cultura della legalità in funzione preventiva dei fenomeni corruttivi e – più in generale – di cattiva amministrazione (*maladministration*);
- b) sviluppare il controllo diffuso sulla performance aziendale;
- c) consentire ai cittadini l’effettiva conoscenza dei servizi che possono ottenere dall’Azienda, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative e delle loro modalità di erogazione.

Gli adempimenti relativi alla trasparenza e integrità di cui al presente Programma riguardano tutte le strutture in cui è articolata l’Azienda. Unitamente agli adempimenti previsti dal presente piano per la prevenzione della corruzione, sono parte integrante degli obiettivi strategici dell’Azienda, per il cui dettaglio si rimanda al Piano Strategico aziendale ed al Piano della Performance pubblicati nell’area “Amministrazione trasparente” rispettivamente nella sottosezione “Performance - Piano della Performance”.

## **Processo di elaborazione**

Fase di analisi dei dati da pubblicare a cura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (con il supporto dell’ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza)

In questa fase si procede alla:

- I. ricognizione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente da pubblicare nella Sezione “Amministrazione Trasparente” così come previsto dalla Tabella I del D.Lgs. 33/2013 s.m.i. e sostituita dalla Tabella I allegata alle Linee Guida dell’ANAC approvate con Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 avente ad oggetto l’*Elenco degli obblighi di pubblicazione*, recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016. La tabella recepisce le modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare, e introduce le conseguenti modifiche alla struttura della



sezione “Amministrazione trasparente”, rispetto a quanto indicato dalla precedente Tabella I della delibera 50/2013 dell’ANAC.

2. analisi di eventuali suggerimenti da parte della UOSD URP e Comunicazione interna, che collabora funzionalmente con il RPCT per la raccolta diretta di informazioni, suggerimenti e commenti da parte del pubblico, in funzione dell'esigenza di individuare con maggiore accuratezza le aree a maggior rischio di mancata trasparenza ed integrità o di proposte, pervenute in corso d'anno pervenute dai Direttori/Dirigenti di struttura, dalla Direzione Strategica o derivanti dagli obiettivi strategici aziendali.

Questa attività consente di individuare :

- a) dati già presenti sul sito istituzionale ma in altre sezioni;
- b) dati non presenti implementabili in tempi stretti, perché già all'interno di banche dati dell'Azienda;
- c) dati non presenti che necessitano di interventi “semplici” ai fini del reperimento;
- d) dati non presenti che necessitano di interventi “complessi” al fine del reperimento”.

### **Adozione**

Conclusa la fase di elaborazione del programma, il Piano viene adottato quale parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, quale parte del PTPC, viene adottato con deliberazione del Direttore Generale, secondo la normativa vigente.

### **Pubblicazione**

A conclusione della fase precedente, il Piano viene pubblicato dall'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente” al seguente link <https://www.hsangiovanni.roma.it/109-corrruzione-1.html>.

La UOSD I.C.T. provvede per le eventuali attività:

- di aggiornamento, integrazioni, modifiche da realizzare all'interno del sito web istituzionale aziendale per renderlo aderente alle vigenti disposizioni normative;
- per garantire l'accessibilità dei dati secondo le specifiche richieste ed il supporto tecnico/informatico sull'utilizzo del portale aziendale.

## **II.5 Iniziative di comunicazione e trasparenza**

La promozione dell'accessibilità a dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche favorisce forme diffuse di controllo, nel rispetto dei principi di cui all'art. 97 della Costituzione.

Il principio di legalità dell'azione amministrativa, sancito a livello costituzionale dal citato art. 97 della Costituzione, viene infatti inteso come affidabilità e trasparenza di un'organizzazione in un ambiente dinamico nei confronti delle altre organizzazioni e dei diversi stakeholder, che possono essere valutate dal cittadino essenzialmente in base a una compiuta conoscenza dei fatti pubblici. Gli strumenti di comunicazione fanno prioritariamente riferimento al sito istituzionale, che contiene anche materiali informativi stampabili.

Un altro metodo di comunicazione che l'utente può utilizzare è la PEC aziendale [ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it](mailto:ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it)

Le iniziative sono utilizzate ai fini del miglioramento dei livelli di trasparenza e della rielaborazione annuale dei documenti afferenti al ciclo aziendale della performance.

L'Azienda organizza attività formative *ad hoc* del personale aziendale in tema di prevenzione della corruzione, come già indicato nella parte I del presente piano, ed altre iniziative quali:

1. Condivisione del PTPCT;
2. Indagine di customer satisfaction relativa alle unità operative con posti letto di ricovero;

Inoltre, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, al fine di favorire un alto grado di partecipazione da parte di tutti i cittadini alle attività che questa Azienda pone a tutela dei principi di legalità ed integrità, invita tutti gli interessati, con la pubblicazione di apposito avviso sul sito Aziendale a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare ogni iniziativa in materia di Trasparenza e Corruzione.

## **II.6 Processo di attuazione del programma**

La responsabilità della correttezza, completezza, aggiornamento, pubblicazione ed il rispetto della data di attuazione delle informazioni contenute sul sito aziendale, in merito ai contenuti del presente documento, è affidata alle strutture produttrici dei dati, come indicato nella griglia di rilevazione degli obblighi allegata al presente provvedimento. I Dirigenti responsabili delle strutture aziendali individuate nella griglia summenzionata, assumono il ruolo di Referenti aziendali per la trasparenza (Deliberazione n. 180/DG del 18 Ottobre 2019 avente ad oggetto Ricognizione dei Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza), ed in quanto tali sono responsabili per il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e per la tempestiva pubblicazione ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla legge.

Gli stessi possono comunque avvalersi della collaborazione di funzionari assegnati alla propria struttura, in tal caso ne deve essere data tempestiva comunicazione al RPCT.

La responsabilità del corretto funzionamento degli strumenti informatici e dell'efficacia della formazione agli utenti sull'utilizzo degli stessi è affidata UOSD I.C.T.

Per le sottosezioni nelle quali la griglia con gli obblighi di pubblicazione non preveda la coincidenza fra Struttura responsabile della produzione dei dati e struttura responsabile della pubblicazione, il Dirigente Responsabile della Struttura che detiene i dati li deve comunicare per la pubblicazione entro 10 giorni.

L'elenco dei funzionari da abilitare alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" viene trasmesso dal RPCT alla UOSD I.C.T. Analoga procedura viene attivata dal Dirigente Responsabile di Struttura nel caso di sostituzione del funzionario abilitato.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza controlla, con il supporto dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza, l'attuazione del Programma e visiona i dati pubblicati dalle strutture.

Qualora rilevi un mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, invita il Dirigente Responsabile di Struttura ad ottemperare tempestivamente. In caso di esito negativo della procedura, il RPCT segnala alla Direzione strategica, all'OIV, e nei casi più gravi all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. Il RPCT controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico e provvede all'aggiornamento del Programma, a tal fine il RPCT si avvale del supporto dei Dirigenti, responsabili della pubblicazione dei dati.

In particolare con il RPCT collaborano funzionalmente:

- la UOSD URP e Comunicazione interna, sia nella fase di comunicazione delle iniziative in tema di trasparenza, che per la raccolta diretta di informazioni, suggerimenti e commenti da parte del pubblico, in funzione dell'esigenza di individuare con maggiore accuratezza le aree a maggior rischio di mancata trasparenza ed integrità;
- la UOSD I.C.T. per le attività di aggiornamento, integrazioni, modifiche da realizzare all'interno del sito web istituzionale aziendale per renderlo aderente alle vigenti disposizioni normative, nonché per garantire l'accessibilità dei dati secondo le specifiche richieste ed il supporto tecnico/informatico sull'utilizzo del portale aziendale.

In accordo con le prescrizioni contenute nel presente Documento, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza procederà ad un monitoraggio semestrale sull'attuazione delle attività di pubblicazione dei dati che rientrano tra le misure di prevenzione della corruzione, concordate con ogni Referente, che costituiscono obiettivi da collegare al ciclo della performance.

A seguito delle verifiche effettuate, con l'ausilio della struttura tecnica permanente presso l'OIV e dei Referenti, il Programma prevede la predisposizione e la pubblicazione sul sito istituzionale delle Relazioni sullo stato di attuazione dei principali punti costituenti gli obblighi di trasparenza, a cura del Direttore della UOC Programmazione controllo.

I risultati dei monitoraggi sono verificati dall'OIV, al fine dell'attestazione sull'adempimento delle prescrizioni del presente Documento, e pubblicate ogni anno nella Sezione "Amministrazione trasparente" nella sottosezione "Controlli e Rilievi sull'amministrazione".

## II.7 Dati ulteriori

Nella sotto-sezione “Altri contenuti” / “Dati ulteriori” di “Amministrazione Trasparente”, l’Azienda prevede di pubblicare una serie di contenuti aggiuntivi rispetto a quelli imposti dalla normativa di riferimento.

In detta sotto-sezione sono pubblicati tutti gli atti riguardanti la qualità e la formazione del personale aziendale, di competenza della UOSD Formazione, Didattica e Ricerca.

In ottemperanza del Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n.840/DG del 19 settembre 2018 in materia di donazioni liberali e di beni mobili, l’Azienda ha pubblicato il “Registro Donazioni” contenente i dati relativi all’atto di acquisizione e al relativo utilizzo di tali donazioni.

## II.8 Clausola Conclusiva

Si conferma il carattere *dinamico* e *progressivo* del presente documento programmatico, che costituisce un atto perfezionabile per definizione, destinato a un’attuazione *graduale* e *compatibile con le risorse in dotazione*. L’intento dichiarato è quello di un’adesione alla normativa anticorruzione in un’ottica realistica, tendenziale e costruttiva, che presti attenzione agli obblighi sostanziali come alle obiettive difficoltà operative, più che alla cultura del mero adempimento formale.

Si ribadisce la necessità di una più intensa collaborazione tra le strutture interne, per porre in essere le essenziali sinergie dirette alla migliore realizzazione degli obiettivi di legalità.

Previa consultazione allargata alle Parti Sociali, il P.T.P.C.T. è destinato ad essere pubblicato nel sito web aziendale e notificato, infine, ai Referenti per la Prevenzione della Corruzione, designati e designandi, nonché ai soggetti istituzionali nelle forme prescritte.

Lo stesso verrà progressivamente completato dalla nuova Mappatura/Registro dei rischi nonché da altri provvedimenti di segno integrativo.

## II.9 Piano Normativo di Riferimento

*(osservato per la redazione del presente PTPCT e atto a richiamare le principali norme in materia, e ai fini di consultazione e di approfondimento individuale)*

- Legge n. 190 del 6.11.2012;
- Legge n. 114/2014, modificativa dell’art. 54-bis, D Lgs. n. 165/2001
- D. Lgs. n. 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego) e s.m.i.:

- D. Lgs. n. 39/2013;
- D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, modificato dal D.L.vo n. 97 del 25 maggio 2016
- Circolare n. 1/2013;
- Circolare n. 6/2014 del Dipartimento Funzione Pubblica
- Delibera n. 149 del 22.12.2014, emessa dall'A.N.A.C.
- D.Lgs. 163/2006;
- Legge 27.05.2015 n. 69;
- Legge n. 124/15
- Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ANAC
- Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016
- Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2 del D.L.vo 33/2013 – Art. 5-bis, comma 6, del D.L.vo n. 33 del 14.03.2013 recante “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” approvate con Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.L.vo 33/2013 come modificato dal D.Lv.o n. 97/2016 approvate con Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- schema di “Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.L.vo n. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall'art. 13 del D.L.vo n. 97/2016” attualmente in consultazione sul sito ANAC
- Determinazione dell'ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 recante «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblowing).
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019

Si indicano di seguito i links di riferimento, ad uso dei dipendenti, per la consultazione della normativa e della documentazione sulla prevenzione della corruzione, di livello nazionale e decentrato/aziendale.

Per la consultazione via Internet:

- ▪ <http://www.anticorruzione.it/>
- (sito ufficiale dell'A.N.AC. - Autorità Nazionale Anticorruzione)
- ▪ <http://www.funzionepubblica.gov.it/>
- (sito web del Dipartimento della Funzione Pubblica)
  
- <http://www.hsangiovanni.roma.it/109-corrruzione-1.html>

Per la consultazione via Intranet e Internet:

- Casella whistleblowing:

<http://intranet.hsangiovanni.roma.it/segnalazione-di-illecito/39083-segnalazione-di-illecito.html>

<https://whistleblowing.hsangiovanni.roma.it/#/>